FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° 293

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 juin 1907, à 1 heure

PAR

Pierre FAUCONNIER

De la Faculté de Médecine de Paris.
Ancien externe des Hôpitaux de Paris.
Médaille de bronze de l'Assistance Publique.
Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Amiens.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'AMAUROSE ET DE LA CÉCITÉ

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. SEGOND, *professeur.*
LEGUEU et PIERRE DUVAL, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N....
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Operations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En gage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Au seuil du doctorat de médecine, nous avons à cœur de ne pas quitter l'École, sans adresser à tous nos maîtres le merci sans contrainte d'un élève reconnaissant.

Nous n'oublierons pas, qu'à l'École de médecine d'Amiens, le Dr Moulonguet voulut bien accueillir nos débuts dans la carrière et guida nos premiers pas dans la chirurgie. Nous le prions d'agréer nos vifs sentiments de gratitude. Que M. le Dr Pauchet, qui ne nous a point épargné ses conseils, prenne sa bonne part de nos remerciements !

Nos maîtres de Toulouse apprendront que nous leur gardons le meilleur de nos souvenirs. Veuille le Dr Mossé accepter, pour tout le souci qu'il prit de notre inexpérience, l'entière cordialité de notre salut ; merci au Dr Jeannel, qui ne fut point envers nous ménager de ses encouragements !

A Paris, M. le professeur Hayem, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, nous apprit à connaître la pathologie de l'estomac et de l'intestin ; le Dr Bensaude s'in-

génia à nous faire profiter de son expérience. Nous les prions de croire à l'expression émue de notre reconnaissance !

Notre première année d'externat fut l'objet de la sollicitude du Dr Dufour ; il ne nous voulut étranger à rien de ce qui doit intéresser le praticien et nous familiarisa avec les prescriptions de la thérapeutique. Nous saisissons avec empressement l'occasion qui s'offre à nous de le remercier une fois encore.

Que M. le Dr Claude, pour toutes les marques d'intérêt qu'il nous porta, sache que nous n'avons rien oublié de ce que nous devons à sa bienveillance.

Le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux, voulut bien nous accueillir dans son service, alors que nous entrions dans notre deuxième année d'externat ; son précieux enseignement est toujours présent à notre mémoire et l'accueil vraiment paternel qu'il ne cesse point de nous ménager, nous fait déplorer l'insuffisante expression de notre gratitude.

C'est pour nous un devoir, et plus encore un plaisir, d'acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers notre excellent maître, le Dr Barié. S'il s'attacha à nous faciliter la compréhension de la pathologie cardiaque et à développer en nous le sens de la clinique, il nous donna le quotidien exemple du dévouement et nous enseigna le respect des malades. Nous eûmes le bonheur d'apprendre, après notre départ pour un nouveau service, que la croix de la Légion d'honneur était venue consacrer la noblesse de toute une vie de travail et de droiture professionnelle. Nos

mercis les plus profondément sincères lui porteront le tribut de notre admiration.

C'est à l'Hôtel-Dieu annexe, que le Dr Champetier de Ribes, membre de l'Académie de Médecine, nous forma à la pratique des accouchements ; son affabilité, les marques de bonté qu'il ne cessa de nous témoigner, soulèvent l'expression de notre reconnaissance déférente. Nous nous garderons d'oublier que nous lui sommes redevables de l'idée première de ce travail.

M. le Dr Bouffe de Saint-Blaise, accoucheur des hôpitaux, s'est montré à notre endroit d'une obligeance qu'il ne messied point de déclarer sans réserve. Nous nous tiendrons pour trop heureux, si l'hommage de nos mercis peut lui être agréable.

A M. le professeur Pinard, qui a bien voulu assurer la présidence de notre thèse nous offrons notre gratitude très respectueusement.

INTRODUCTION

Alors que nous étions externe à la maternité de l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, le Dr Champetier de Ribes, nous vîmes, par un après-midi du mois de décembre 1906, venir à nous soutenue et guidée par une personne amie, une jeune femme, manifestement enceinte, qui nous déclara avoir subitement et complètement perdu la vue, depuis la veille au soir, au point qu'il lui était actuellement impossible de distinguer la lumière d'avec l'obscurité.

Cette pénible histoire ne laissa point que de nous impressionner et d'aiguillonner notre curiosité de savoir davantage. Ce fut pour nous l'occasion de nous intéresser aux troubles visuels de la grossesse, et notre maître, le Dr Champetier, nous donna le conseil de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de ces accidents ; qui sont pour leurs victimes la source de tant d'anxiété, de tant d'appréhensions douloureuses, qu'une définitive cécité vient trop souvent légitimer.

Nombreuses sont au cours de la grossesse et banales

aussi, les manifestations morbides touchant l'appareil de la vision. Aussi le sujet comporte-t-il une ampleur qui exige des délimitations. Nous voulons nous occuper ici des troubles de la vue, en tant qu'ils s'affirmeront au cours des états puerpéraux, comme un symptôme saillant, comme un phénomène capital, sollicitant pour lui seul et dérivant à son profit toute l'attention que le clinicien prodigue à l'examen de sa malade. Celle-ci, dominée par la constante préoccupation de sa vue compromise est, en telle occurrence, venue trouver le médecin pour cet impérieux motif.

Nous n'avons pas ici l'intention de faire œuvre d'ophtalmologiste ; la langue des spécialistes de l'œil ne nous est pas tellement familière que nous la puissions parler avec suffisamment d'éloquence ; et d'autre part tel n'est pas notre dessein. Plus modeste est notre but : futur praticien, soucieux de vérité clinique, nous avons pensé qu'il ne serait peut être pas sans intérêt de rechercher dans le passé ce qu'on a écrit sur l'amaurose des femmes enceintes, quelle était la fréquence de cette complication, quelles origines elle était susceptible de reconnaître, quel degré de gravité on lui devait concéder suivant sa nature et quels paraissaient être les traitements jusqu'ici mis en œuvre avec le plus d'efficacité.

C'est là la tâche que nous nous sommes imposée. Nous nous tiendrons pour satisfait, si nous avons pu, par quelque peu d'ordre et de clarté, faciliter la compréhension du si complexe problème pathologique de l'amaurose gravidique !

HISTORIQUE

Avant que l'ophtalmoscope, cette admirable découverte du physiologiste Helmhotz, n'ait permis d'effectuer l'observation directe du corps vitré, de la choroïde et de l'extrémité antérieure du nerf optique, les troubles visuels caractérisés par une perte de la vue ou une diminution dans son acuité étaient désignés sous les vocables d'amaurose et d'amblyopie, états de la vision considérés comme se rapportant à un groupe commun de maladies, auxquelles les moyens d'investigation alors à la disposition des médecins n'avaient pu reconnaître de substratum anatomique. Ces termes dont on usait alors dans le sens étroit que leur conférait leur étymologie étaient commodément employés pour situer nettement de tels cas dans la série des faits cliniques.

C'est en en concevant ainsi l'acceptation que nous nous servirons de ces termes ; ils nous offrent l'avantage de s'appliquer, sans préjuger en quoi que ce soit de leur

nature, à toute une longue suite de cas, relatés par les auteurs, des médecins et des accoucheurs le plus souvent, dont la constatation d'une cécité complète ou partielle chez une de leurs malades avait tout d'abord accaparé l'attention.

Les relations pathologiques de l'utérus gravide avec l'organe de la vision ont, surtout depuis la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, suscité de multiples remarques et de nombreuses publications ; mais depuis déjà longtemps, la survenance d'accidents oculaires souvent graves,et d'allure si effrayante,avaient inquiété les praticiens et provoqué de leur part de persévérantes recherches sur la nature de ces complications et les moyens thérapeutiques à leur opposer.

Nos investigations bibliographiques nous apprennent que Malpighi (1), au XVII[e] siècle avait dû accorder quelque attention à ce sujet. Dans sa lettre XIII, touchant le siège et les causes des maladies, on peut en effet lire ces quelques lignes : « Rolfincius memorat exempla feminarum, quæ, quoties gravidæ, obcæcatæ semper fuerunt usque ad partus tempus. » Sans doute veut-il parler de Rolfinck Guerner, professeur de médecine à Iéna, qui mourut une trentaine d'années avant lui. Vers cette même époque, la littérature médicale accueille quelques autres observations de ce genre. C'est du moins ce que nous apprend Cunier (2), mem-

1. Malpighi, cité par Marc Dufour et Gonin, in *Encycl. opht.*, 1906, t. VI, p. 821.

2. Cunier. *Bulletin de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique*, 1847-1848, p. 418.

bre correspondant de l'Académie royale de Belgique : « La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'éclampsie des femmes en couches, rangent l'amaurose au nombre des désordres du système nerveux qui peuvent être la suite de cette affection. Néanmoins, la littérature médicale ne possède que fort peu d'observations de ce genre de cécité. Pour mon compte, je n'en connais que trois, dont deux sont consignées dans les *Miscellana Academiæ naturæ curiosorum,* par Seger, Decad. I, 1672, et par Albrecht (*ibidem.*, 1690). Le troisième est rapportée par Michel Alberti, professeur de médecine, à Hall, dans sa *Dissertatio de visus obscuratione a partu*, publiée à Hall en 1732.

En 1817, de Beer, un des maîtres les plus éminents de la grande école oculistique allemande décrit dans le deuxième volume de son *Lehre von den Augenkrankheiten als Leitfaden*, une forme d'amaurose qui survient au début de la grossesse et disparaît après la parturition, mais qui est toujours en rapport avec les nausées et les vomissements incoercibles.

En 1847, le Dr Cunier, donne lecture à l'Académie royale de médecine de Belgique d'une note qu'il avait rédigée pour le professeur Sichel, dont il avait sollicité l'avis: elle traitait d'un cas d'amaurose complète et soudaine dans son apparition, survenue chez une de ses malades, jeune femme de vingt ans, immédiatement après qu'elle eut accouché.

L'année suivante, la *Dublin medical Press,* enregistre sous le titre « un cas d'amaurose survenant au cours de la grossesse », une observation du Dr Rin-

gland (1), rédigée avec un soin scrupuleux et un profond souci du détail.

En 1876, Aberle (2) publie à Vienne un travail des plus consciencieux où il étudie « l'amaurose transitoire des femmes en couches ».

James Hildige (3), en 1860, se livre à quelques considérations sur l'amaurose de la grossesse dans le *Dublin Hospital Gazette*. Il y relate trois cas d'amblyopie gravidique qu'il a eu l'occasion d'examiner à l'ophtalmoscope et rapporte à l'actif du Dr Sharkey, une observation singulière d'amaurose à la suite d'ingestion de chocolat.

En 1862, le Dr Bomal (4), de Jodoigne, s'intéresse à « un cas d'amaurose aiguë pendant la grossesse », qu'il relate longuement dans le *Journal de Médecine et de Pharmacie de Bruxelles* et à propos du diagnostic à poser en l'occurrence, passe rapidement en revue les diverses formes d'amaurose qui peuvent affecter la femme enceinte.

Le Dr Rambotsham (5), s'attache, l'an qui suit, à élucider cette question dans le numéro du 7 mars du

1. Ringland. In *Dublin Méd. Press*, 1848, t. XIX, p. 84.

2. Aberle. In *Oesterr. Ztsch r. f. prakt. Heilk.*, Vienne, 1856, II, p. 500.

3. Hildige. In *Dublin. Hosp. Gaz.* 1860, nouv. série, VII, p. 99.

4. Bomal. J. *de Méd. et de Ph. de Bruxelles*, 1862, XXXIV, p. 543-46.

5. Rambotsham, cité par Eastlake, 1863, in *Tr.of obs. soc. of London*, p. 81.

Medical Times and Gazette où il traite le chapitre des affections cérébrales de la grossesse.

En 1863, le Dr Eastlake (1), publie une observation des plus curieuses, dans laquelle l'amaurose a été observée huit fois chez une même femme à la suite de huit accouchements successifs.

Une dizaine d'années plus tard, le Dr Henry Williams (2), professeur d'ophtalmologie à l'université d'Harward, à propos de deux cas personnellement observés d'amaurose puerpérale, s'attache à en déterminer la valeur en tant que symptôme et démontre que les relations qui unissent l'amaurose et les convulsions puerpérales, ne constituent cependant pas une règle absolue.

La même année, le Dr Weber (3) de Saint-Pétersbourg avait rapporté quatre cas d'amaurose puerpérale survenus chez des femmes éclamptiques, qui en guérirent rapidement.

Au trentième Congrès annuel de la société des médecins de l'Etat de l'Ohio, qui se tint à Port-in-Bay, les 15, 16, 17 juin 1875, le Dr J. Scott, de Cleveland (4) fit une communication des plus importantes sur la cécité puerpérale dont il fournit quelques exemples et rappelle que Fordyce Barker en a consignées d'analogues dans son *Traité des affections puerpérales*. Il considère comme tous également tributaires de l'albuminurie cette caté-

1. Eastlake. In *Tr. of obst. soc. of London*, 1863, V, p. 79-83.
2. Williams. In *Boston Méd. et Surg. Journal*, 1873, p. 373-76.
3. Weber. In *Berlin Klinik. Wochenschrift*, 1873, X, p. 265-79.
4. Scott. In *Trans. Ohio Med. Soc.*, 1875, XXX, p. 99-105.

gorie de troubles oculaires dont il se plaît à préciser le traitement, la pathogénie et le pronostic. Il tient de plus à citer le Dr Sager qui l'année précédente avait consacré à ce sujet un intéressant article dans le *Peninsular Journal of Medicine*, sous ce titre : « Un cas d'amaurose de la grossesse en rapport avec l'albuminurie. »

Stevens (1), en 1878, se livre à propos d'un cas de grossesse avec amaurose, à des réflexions sur le traitement obscur encore de cette affection et sur les rapports qu'elle affecte avec l'albuminurie gravidique, rapports que Bright a fait entrevoir et que Simpson a catégoriquement affirmés.

En 1879, le Dr Carl Walliser (2) et le Dr Angear (3) de Fort-Madison rapportent deux observations du même genre dans le *Saint-Louis Medical and Surgical Journal*.

En 1882, Loring (4) insiste sur la nécessité où se trouve le médecin d'avoir à provoquer artificiellement le travail, opération qui offre à la malade les plus grandes chances d'éluder les terribles conséquences de la névro-rétinite albuminurique.

En 1889, Jocqs (5) rapporte un cas, jusqu'ici seul de

1. Stevens. In *Trans. of Obst. Soc. of Cincinnati*. 1877, I, p. 98-109.

2. Walliser. *Saint-Louis Med. and Surg. Journal*, 1879, XXXVI, p. 63.

3. Angear. *Saint-Louis Med. and Surg. Journal*, 1879, XXXVII, p. 379.

4. Loring. In *Trans. of Amer. opht. Society*, 1882, III, p. 423.

5. Jocqs. In *France Médicale*, 1887, p. 624-627.

son espèce, où l'on voit une sorte de cécité caractérisée par l'impossibilité de lire un mot en entier sans l'épeler. Un examen ophtalmoscopique montra que ce trouble de la vision, qui s'était installé à la suite de crises éclamptiques, était dû à une parésie de l'accommodation.

C'est en 1891, que Cohn Salo (1), dans « son ouvrage si connu et digne de recommandation » (Axenfeld) « *Uterus und Auge* », rassemble un grand nombre d'observations, ayant trait, pour la plupart, à la rétinite gravidique, dont il dépeint savamment les symptômes ; malheureusement, et c'est le reproche que lui adresse Axenfeld, il ne fournit aucune indication précise sur l'opportunité de l'interruption artificielle de la grossesse, qu'il se borne à simplement mentionner.

Valude (2), en 1892, rapporte un cas tout spécial d'atrophie optique pendant la grossesse; il s'agit ici, et c'est ce qui confère à l'observation son originalité, d'une atrophie simple, primaire, idiopathique. L'auteur n'a pas trouvé de faits analogues dans la science. Kohn, lui-même, dans son livre si documenté, n'a rien signalé de semblable.

Lawford Knaggs (3), chirurgien pour les yeux au dispensaire public de Leeds, publie la minutieuse observation d'une femme de quarante ans, atteinte au cours

1. Cohn Salo. *Uterus und Auge*, Wiesbaden, 1891, p. 241, in-8°.

2. Valude. In *Annales d'oculistique*, avril 1892, 15e sem. I, p. 272.

3. Knaggs. In *Bristish. Méd. Journal*, 1893, t. II, p. 731.

de la grossesse, d'une amblyopie qu'il qualifie de réflexe, avec menace d'atrophie optique. Il fait valoir les raisons qu'il eut de provoquer l'accouchement prématuré, à la suite duquel sa malade recouvra la santé.

En 1894, Alt (1), Culbertson (2), Hobby (3), reprennent l'étude de la névro-rétinite albuminurique et montrent que le danger toujours à craindre de cette affection est l'atrophie du nerf optique. Les deux premiers fournissent des statistiques, et tous trois des observations isolées.

Le travail de Culbertson mérite une mention particulière ; il y décrit les aspects ophtalmoscoipques de la rétinite gravidique et se livre à une étude comparative des différents traitements de cette affection et dans un deuxième article (4), essaie de solutionner ce problème : « Peut-on prévenir la rétinite gravidique au cours de la grossesse? »

Axenfeld (5), privat-docent à Marbourg, résume en 1895, les travaux de Müller, Colin, Alt, Hobby, Culbertson ; il fixe définitivement les altérations anatomopathologique de l'œil au cours de la rétinite albumino-gravidique, dont il fournit de nouveaux exemples. Au point de vue clinique, il distingue nettement deux

1. Alt. In the *Amer. J. of. ophtalmology*, 1894, t. XI, p. 141-142.

2. Culbertson. *Ibidem*, p. 133 et p. 197.

3. Hobby. *Ibidem*, p. 261-262.

4. Culbertson. In *The Amer J. of Opht.*, 1894, t. IX, p. 197.

5. Axenfeld. In *Monats. für geburtshülfe und gynæk*, 1895, II, 6e fasc. p. 516-522.

sortes de rétinites gravidiques, auxquelles on doit, selon lui, attribuer une pathogénie et un pronostic différents.

La même année, Silex (1) « à qui nous devons beaucoup à ce point de vue » (Axenfeld), avait fait paraître une statistique portant sur trente-cinq cas, rigoureusement suivis pendant sept années consécutives, de telle manière qu'il a pu nous en signaler les moindres particularités cliniques ; leur pronostic y est discuté avec une grande autorité.

Lehmann, (2) en 1896, étudie l'hémianopsie au cours de l'amaurose puerpérale.

Deux ans plus tard, Guende (3) publie deux observations de rétinite gravidique et croit que, «l'explication des lésions rétiniennes pouvant présenter de sérieuses difficultés, dans l'état actuel de la question, la parole est encore à la clinique ».

Le docteur Sourdille (4), de Nantes, prend prétexte d'un cas nouveau d'amaurose éclamptique, par lui observée, pour se livrer à une revision approfondie de l'étude de cette sorte d'amaurose et critique en certains points les descriptions imprécises ou faussement affirmatives des auteurs qui en ont fait mention.

Coudray (5) en 1899, dans sa thèse inaugurale, s'occupe des indications de l'interruption de la grossesse

1. Silex. In *Berlin Klin. Wochensch.*, 1895, n° 18, p. 385.
2. Lehmann. In *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1895, XXXIII, p. 1134.
3. Guende. In *Recueil d'opht.*, 1898, p. 609-616.
4. Sourdille. *La clinique ophtamologique*, 1898, p. 217.
5. Coudray. In *Thèse de Paris*, 1899.

chez les femmes enceintes albuminuriques et emprunte à Mac-Namara, Ryerson et Chronis, quatre observations de rétinite albuminurique de la gravidité.

La thèse de Monthus comporte un chapitre particulièrement réservé à l'étude des rétinites albuminuriques des femmes enceintes, dont trois cas personnels sont rapportés. L'auteur tient à montrer que cette affection peut guérir alors même qu'elle serait la manifestation d'une néphrite chronique.

Entre temps, nous trouvons dans les ouvrages classiques de de Wecker, de Panas, aux articles *Grossesse* et *Amaurose* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, dans la Pratique médico-chirurgicale*, quelques notes touchant les amauroses puerpérales. En dernier lieu, nous devons citer l'*Encyclopédie ophtalmologique*, publiée sous la direction des Drs Lagrange et Valude, où un long paragraphe est dévolu à l'étude des atteintes rétiniennes de la grossesse.

DÉFINITION ET DESCRIPTION GÉNÉRALE DU SYMPTOME

Les progrès de la science ophtalmologique, la découverte de l'ophtalmoscope, ont amené l'amaurose à ne plus aujourd'hui mériter la considération de maladie existant par elle-même et nous devons maintenant l'étudier comme un symptôme, commun à un assez grand nombre d'affections oculaires. C'est assez dire qu'on ne décrit pas une amaurose, mais des amauroses, dont les formes et les conditions étiologiques rendent l'étude assez malaisée.

Si nous ne pouvons, dès ce chapitre, nous étendre sur les détails particuliers et les aspects caractéristiques qu'emprunte le symptôme à ses étiologies différentes, il est cependant indispensable de fixer nos idées sur la définition et la signification du terme amaurose.

Qu'est-ce qu'une amaurose ?

Ce vocable, dérivé de la langue grecque (αμαυρος : obscur) indique un obscurcissement relatif ou absolu de la vision, une perte plus ou moins complète de la faculté

de voir et l'on ajoutait autrefois : l'état morbide ainsi qualifié ne n'accompagne pas de phénomènes matériels que l'observateur puisse apprécier. Avec l'imperfection des moyens d'investigation qui, jadis, désobligeaient la perspicacité et la ténacité des médecins, on ne connaissait guère que de telles amauroses, c'est-à-dire des troubles fonctionnels de la vue qu'aucune lésion ne semblait expliquer. Il n'en est plus de même aujourd'hui et pour compléter dans un sens actuel, notre définition, nous devrions faire intervenir et la description des caractères physiologiques et la description des caractères anatomiques de l'amaurose. On pourrait alors ajouter : ce symptôme qui consiste dans la perte totale ou partielle de la vue, traduit un état pathologique de certaines parties de l'œil, affectées ou non d'altérations visibles à l'ophtalmoscope.

La perte de la vue, c'est tout le gros du symptôme, c'est là toute la préoccupation de la malade, la souffrance morale qui la conduit éperdue au médecin. C'est donc par l'étude des signes subjectifs, par la confiance que nous mettrons en le récit des malades que nous devons chercher à nous éclairer sur les manifestations fonctionnelles du symptôme.

L'examen attentif de nos observations, la lecture de ce qu'ont à ce sujet écrit les auteurs, vont nous instruire et nous permettront d'exposer ici quelques généralités sur les symptômes et la marche de l'amaurose chez les femmes enceintes.

On disait et l'on admettait volontiers autrefois que les amauroses apparaissaient brusquement. En réalité

elles affectent, au cours de la grossesse, les modes de début les plus divers.

Tantôt l'amaurose est précédée de prodromes qui, dans certains cas, sont assez accentués pour imposer la défiance au praticien. Ce sont des maux de tête tenaces, des vertiges, des nausées, des malaises généraux. Il est vrai de dire que le plus souvent, l'attention n'est guère mise en éveil par ces signes vagues qui trahissent surtout la souffrance de l'état général. D'autres font soupçonner déjà l'imminence des troubles oculaires et ne manquent pas d'être remarqués : ce sont des obnubilations passagères de la vue et quelquefois des troubles de l'accommodation, qui font qu'une malade éprouve de la difficulté à lire, écrire, enfiler une aiguille.

Peu à peu, l'amaurose s'installe ; aux altérations fugaces et passagères de la vision succède un obscucissement permanent et progressif ; la perte de la vue devient complète.

D'autrefois, après un affaiblissement de quelques jours, l'amaurose abolit soudainement et totalement la faculté de voir.

Il n'est pas non plus exceptionnel d'en constater l'invasion foudroyante, alors que rien d'inaccoutumé ne la faisait prévoir.

Ce mode de début, effrayant dans sa soudaineté, n'est pas toujours celui qui présage les plus graves accidents. La lente et graduelle survenance des troubles visuels, au contraire, doit faire redouter la longue durée des atteintes et l'improbable guérison.

Le plus souvent, les deux yeux sont affectés à la fois,

soit qu'ils l'aient été ensemble, soit que l'un d'eux ait premièrement été lésé ; nous avons pu lire qu'un des deux côtés avait été atteint deux mois, et, même trois mois avant l'autre.

Des femmes qui avaient, au cours de plusieurs grossesses successives, présenté de l'amaurose, ont remarqué que le mal s'était initialement manifesté tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre. Par contre, il est très rare, et nous ne l'avons pas personnellement noté, que le trouble visuel ne soit pas à un moment donné bilatéral.

Quelle est l'atteinte portée à l'acuité de la vue ? La vision est, dans le cas qui nous préoccupe, sujette à des variations de degré, qui fixent l'étiage de son intensité. Tantôt, avons-nous précédemment écrit, le trouble visuel est porté d'un coup à son maximum ; tantôt, procédant par aggravations successives, il franchit ces différentes étapes et acquiert sa définitive gravité.

Au début, dès que la malade applique les yeux pendant quelque temps, les objets semblent estompés, embués dans une ambiance de brouillard ou gazés d'un léger voile. De passagère qu'elle était tout d'abord, cette obnubilation devient permanente et s'installe à demeure : les contours des objets apparaissent moins nettement dessinés, ils semblent brisés, tordus, oscillants ou vacillants, et se heurtant les uns contre les autres. Quand la malade veut lire et écrire, les lettres et les lignes ont l'air de vouloir se rapprocher, se confondre, se superposer les unes aux autres. Ces phénomènes deviennent de plus en plus gênants à mesure que s'accentue l'affaiblissement de la vue.

La malade qui n'aperçoit plus les choses fines et en particulier les caractères typographiques de moyenne grandeur, distingue cependant encore les gros objets. Ce premier degré de dépression visuelle a été désigné sous le nom d'amblyopie (ἀμβλύς : émoussé, ὤψ : œil) ou d'amblyopie amaurotique.

Mais ce stade peut être dépassé et les nombreuses observations que nous avons été à même de parcourir, montrent qu'il l'a été le plus souvent. La vue baisse à ce point que la malade en est réduite à cette seule perception, la dernière qui résiste : celle de la lumière du du jour. L'amaurose proprement dite s'est alors installée et de simple qu'elle était, elle en vient à être absolue : la malade ne fait plus de distinction entre la lumière et l'obscurité. La vue est complètement éteinte.

Le trouble peut affecter également la perception des couleurs, qu'il altère, en créant tantôt une sorte de daltonisme, tantôt une achromatopsie totale ou subtotale. Une malade de Culbertson (1) était venue le consulter parce que tous les objets qu'elle fixait lui apparaissaient de couleur verte. Panas (2) parle d'une accouchée, achromatopsique pour toutes les couleurs y compris le blanc ; « seul le violet était perçu avec une intensité telle que la malade était éblouie et se refusait à le regarder ».

1. Culberton. In *the Amer. J. of Opht.*, avril 1894, t. XI, p. 133.

2. Panas. *Traité des maladies des yeux*, Paris, 1894, vol. I, p. 637.

Dans quelle mesure le champ visuel est-il obscurci ?

L'amaurose peut borner son action morbide à une petite partie du champ visuel. On dit alors qu'elle est *partielle*. Elle peut en ce cas se manifester par des taches obscures que le malade croit avoir devant les yeux, lui cachant une partie des objets fixés, qui, au travers d'elles, apparaissent comme brisés ou déformés. Ils peuvent échapper à la malade quand ils siègent à la périphérie, mais les scotomes centraux, surtout dans la vision binoculaire, troublent toujours la vision, en venant recouvrir une portion des objets fixés et ne tardent pas à être remarqués.

D'autres fois, le champ visuel est rétréci à sa périphérie et ses limites sont alors variables avec chaque cas envisagé : le centre reste alors sensible. C'est une altération de ce genre que présentait une malade de Guende (1) : « Sa vue s'affaiblissait rapidement, elle était limitée en haut et en bas, au dire de la patiente, par une sorte de nuage qui laissait à peu près intacte la vision centrale. »

Au lieu de se produire de la circonférence vers le centre, comme dans les rétrécissements concentriques, il arrive que l'obscurcissement se manifeste dans une moitié seulement du champ visuel et que la malade ne perçoive qu'une partie seulement des objets, tantôt une des parties latérales, tantôt la moitié supérieure ou inférieure. Ce phénomène est désigné sous le nom d'hémiopie. Lehmann (2), un des premiers, a décrit, en 1896,

1. Guende. *Rec. d'ophtalm.*, 1898, p. 609.
2. Lehmann, *loc. cit.*

l'hémianopsie au cours de l'amaurose puerpérale.

Les précédentes formes que nous venons de passer en revue, constitue le groupe des amauroses partielles. Il nous reste maintenant à parler des amauroses générales : ici, l'obscurcissement de la vue se fait sentir dans toute l'étendue du champ visuel, mais à des degrés variables et c'est à cette catégorie d'amauroses que nous devons reconnaître les différents états, que nous avons tout à l'heure qualifiés d'amblyopie, d'amblyopie amaurotique, d'amaurose simple et absolue, correspondant à des stades d'affaiblissement de plus en plus considérable de la vue, allant jusqu'à la cécité. Pour certaines malades, plus de passage de la lumière à l'obscurité et de l'obscurité à la lumière; c'est la nuit sombre uniformément.

Cependant, certaines femmes enceintes sont tourmentées dans ce séjour de ténèbres, par des visions subjectives, surtout fréquentes quand elles closent les paupières ; ce sont des apparitions lumineuses variées ; des corpuscules de différentes formes et de couleurs diverses semblent voltiger devant l'œil : éclairs de lumière blanche, vives flammes, jaillissement d'étincelles, cercles de feu qui rendent plus pénible encore l'horreur désespérante de cette nuit sans déclin.

A côté de ces cas, où la vue est complètement éteinte on en a noté d'autres où la cécité n'était pas aussi absolue : Jocqs (1) a publié une observation jusqu'ici sans seconde, où la cécité atteignait une des formes du lan-

1. Jocqs. In *France Médicale*, 1887, p. 624-627.

gage visuel. Les troubles de la vue y affectaient le type de la cécité verbale, mode d'atteinte rare et dont l'interprétation est sujette à discussion.

L'amaurose qui fait l'objet de cette thèse, surgit à toute époque de la gestation, de travail et de la puerpéralité. Nous la trouvons plus fréquente au cours de la grossesse et à ce propos nous pouvons faire ressortir que le pronostic est différent pour l'amaurose du début et pour celle des derniers jours de la gravidité. De l'examen des observations parcourues, il nous semble que c'est de préférence dans les trois derniers mois de la gestation qu'apparaissent les premières manifestations de l'amaurose des femmes enceintes.

Les amauroses de la parturition sont assez souvent en relation avec les convulsions éclamptiques ; leur fréquence s'affirme moins grande que pendant la grossesse. Quant aux suites de couches, elles nous fournissent un nombre restreint de ces complications qui y affectent fréquemment une allure grave.

Il ne semble pas que le nombre de grossesses détermine plus volontiers chez la femme enceinte l'apparition des phénomènes d'amaurose. Une brève statistique, à laquelle nous nous sommes livrés et qui s'adressait à 29 cas portant l'indication numérale de la parité, met en cause 12 primipares contre 17 multipares ; résultat qui ne serait pas en accord avec la formule de Scott (1) : ces états sont plus habituels chez la primipare.

1. Scott. In *Trans. Ohio med. Soc.*, 1875, XXX, p. 99.

Le professeur Sichel s'appesantit sur l'attitude des amaurotiques. Nous complèterons ce paragraphe en rappelant avec lui que ces malades s'avancent la tête haute exposée aux rayons lumineux ; leur démarche est tâtonnante et chancelante.

Leur état mental est parfois troublé et la psychopathie revèt tantôt le caractère de la confusion mentale, tantôt s'extériorise sous la forme d'un délire hallucinatoire de courte durée.

PATHOGÉNIE

A quels processus pathogéniques devons-nous rattacher les différentes amauroses auxquelles sont exposées les femmes enceintes ? Tel est l'objet du présent chapitre. Et nous en concevons toute l'importance, si nous voulons bien considérer qu'en élucider la cause, si ce n'est pas apporter à coup sûr au traitement tous les éléments de son efficacité, c'est tout au moins lui permettre d'éluder la nocivité ou l'inutilité de certaines thérapeutiques.

Plusieurs auteurs avaient considéré quelques affections de la vue comme en rapport direct avec l'état de l'organisme particulier à la grossesse et avaient en ce sens orienté leurs conceptions pathogéniques.

Demours (1) expliquait l'amblyopie survenue pendant la gravidité par les relations réciproques qui unissent sympathiquement la rétine et le nerf optique.

1. Demours. Cité dans art : *Grossesse* du *Dict. Dechambre*, 4e S., 11, p. 141.

Himly (1) rattachait l'amaurose à la paralysie de la rétine, occasionnée par la pression qu'exerçait l'utérus gravide sur les ganglions cœliaques et sur le nerf vague.

Pour d'autres, elle trouve son origine dans l'ébranlement que la gravidité imprime à tout le système nerveux.

Ces diverses théories bien qu'elles n'aient pas mérité complètement la défaveur d'être reléguées dans l'oubli, ne doivent se prévaloir à nos yeux que d'un intérêt historique. La pratique de l'ophtalmoscopie, la connaissance aujourd'hui presque parfaitement établie des grands processus d'intoxication, nous permettra d'abandonner à l'ingéniosité de ces théories premières, l'explication pathogénique de ces amauroses chez qui la contatation d'aucune altération du fond de l'œil et d'aucune toxémie ne nous permettra d'élucider la nature.

Des études récentes qu'a soulevé le problème de l'amaurose gravidique, on peut conclure que la production d'un tel symptôme reconnaît plusieurs causes, peu nombreuses il est vrai, à invoquer suivant les cas. C'est ainsi que nous incriminerons :

1° L'hypertension artérielle déterminée par l'état gravide ;

2° Les hémorragies, surtout les hémorragies de la délivrance ;

3° Les états albuminuriques ;

1. Himly. Cité dans art : *Grossesse* du *Dict. Dechambre*, 4e S., 11, p. 141.

4° L'auto-intoxication gravidique (hépato-toxémie);
5° Et enfin les influences réflexes.

A. — Hypertension artérielle.

Les accoucheurs admettent que pendant la grossesse, le pouls augmente de fréquence et de force: il est plus dur, plus développé qu'à l'état normal, et aussi moins dépressible. Il y a là un état d'hypertension artérielle que traduisent les traces sphygmographiques. Le Dr Vaquez (1) incline à croire que l'amblyopie et même l'amaurose peuvent naître à la faveur de cette simple et pour ainsi dire physiologique hypertension, cause première des troubles oculaires. Mais il est, d'autre part, presque certain qu'une cause déterminante doit venir s'adjoindre, suscitant des troubles passagers dans la circulation artérielle, pour amener le phénomène à se produire. De ces causes, les unes font intervenir assez fréquemment le mécanisme de l'effort, d'autres la congestion passive.

C'est fort probablement des cas de cette espèce que le professeur Sichel rangeait sous le chef d'amauroses congestives (2) : « L'affection, écrivait-il, peut succéder à des efforts musculaires qui donnent lieu aux congestions oculo-cérébrales; c'est ainsi que les douleurs de

1. Vaquez, cité par Péchin, *in* article *Amaurose* de la *Pratique médico-chirurgicale*, vol. I, p. 178.

2. Sichel. In *Traité de l'ophtalmie, de la cataracte et de l'amaurose*, Paris, 1837, p. 662.

l'enfantement, les congestions, les convulsions ont quelquefois produit ce genre d'amaurose. »

Un repas copieux, un exercice de corps un peu violent, une marche rapide après les repas, l'abaissement de la tête pour saisir ou ramasser à terre un objet, sont autant de gestes susceptibles de provoquer l'apparition des troubles amaurotiques.

Il est quelquefois difficile de dire, lorsqu'un tel accident se manifeste, quelle part revient dans sa production à l'hypertension et quelle part à des causes d'autre sorte. Il est cependant permis de penser, avec le Dr Vaquez que le premier mécanisme est sans doute suffisant, par analogie avec ce que l'on constate chez les saturnins où des troubles visuels trouvent leur origine dans le seul fait de l'hypertension artérielle ou du moins coïncident avec elle de telle manière qu'une relation de cause à effet s'établit impérieusement dans l'esprit de l'observateur.

Follin (1) a également vu dans la grossesse à la suite de contrariétés morales vives, survenir des afflux sanguins vers la tête, des congestions manifestes de la rétine et l'abolition plus ou moins complète de la vision.

Les femmes enceintes atteintes d'éclampsie, les brightiques dont la tension artérielle est anormalement élevée sont donc doublement exposées à subir l'atteinte de l'amaurose et par le fait de leur hypertension et par le fait de leur affection générale.

1. Follin. Article: *Amaurose*, in *Dict. Encycl. des Sc. méd.* 1ère S., III, p. 534.

En poursuivant toujours plus avant chez de telles malades nos recherches pathogéniques, eu égard à la production du trouble visuel, nous serions peut-être amenés à cette constatation finale que l'hypertension artérielle est chez elles fonction de l'auto-intoxication, et nous pourrions nous demander, à juste titre, si dans les cas où, chez des femmes en gestation apparemment bien portantes, l'amaurose a été attribuée à l'hypertension artérielle, il n'existait pas à un degré quelconque une altération de la masse sanguine, un auto-empoisonnement de l'organisme qui ait pu être invoqué à l'origine des désordres visuels.

Quoi qu'il en soit, cette forme d'amaurose a été cliniquement décrite par quelques auteurs et avec eux nous en rapporterons ici les principaux caractères.

Elle atteint aussi bien les multipares que les primipares et est, somme toute, assez rarement observée. C'est le plus souvent, au cours de la gestation qu'elle fait son apparition et presque toujours dans les deux mois qui précèdent l'accouchement. « L'amaurose déterminée par la grossesse, écrit Sichel (1), est tantôt nerveuse, tantôt congestive ; cette deuxième espèce survient à la fin de la grossesse et est accompagnée de symptômes de congestion cérébrale, de constipation et de symptômes de pression que l'utérus distendu exerce sur les gros troncs vasculaires. »

Son début est le plus souvent brutal ; la malade se plaint d'être soudainement devenue aveugle, ses yeux,

1. Sichel, *loc. cit.*, p. 651.

quoique grands ouverts ne perçoivent plus la lumière : c'est une amaurose absolue.

A l'examen, on trouve quelquefois des conjonctives oculaires fortement injectées, « ecchymosées dans les angles » (Cunier) ; la tête est brûlante, la face rouge exprime une inquiétude des plus vives. Les pupilles sont dans certains cas dilatées et quelquefois si largement que l'iris semble réduit à un anneau étroit ; elles ne réagissent plus à la lumière ; immobiles et noires, elles contribuent à donner à la malade un air hagard qui attriste encore cette pénible scène.

Des auteurs ont vu se réaliser un tel ensemble de phénomènes au moment de la parturition et pensent qu'ils se sont développés sous l'influence des efforts que nécessite l'accomplissement du travail : « Dans ma pratique, expliquait le professeur Sichel, j'ai presque toujours vu les amauroses, survenues au cours de la parturition présenter le caractère de la congestion cérébrale parfois sub-inflammatoire et le traitement antiphlogistique derivatif réussir, pourvu qu'on y ait recours franchement et sans retard. »

Ces faits sont très vraisemblables et de ce qu'a pensé le Dr Vaquez des amauroses hypertensives, nous nous sommes cru autorisés à promouvoir cette pathogénie. Cependant, nous devons à la vérité de dire que le petit nombre d'observations de ce genre qu'il nous a été donné de parcourir sont déjà assez loin de nous et ne font mention d'aucun examen ophtalmoscopique. Sans doute, les aurions-nous différemment interprétées aujourd'hui et sans doute des praticiens ont-ils eu affaire

à des cas semblables qu'ils n'ont pas cru devoir rattacher à une telle origine. Rien ne s'oppose pourtant à ce que nous concevions la possibilité de cette amaurose : aussi avons-nous tenu à lui consacrer ce paragraphe succinct.

B. — Amauroses d'origine hémorragique.

L'amblyopie et l'amaurose post-hémorragiques sont bien connues et l'on sait que les pertes de sang qui ont pour point de départ les différentes parties du tractus digestif en sont la cause la plus ordinaire. Les hémorragies de la délivrance et certaines métrorragies survenues au cours de la grossesse ont pu être rendues responsables de troubles visuels de cette catégorie.

Follin (1) en fait mention dès 1869 : « A la suite de métrorragies, la vision peut se perdre aussi par une sorte d'anémie rétinienne dont l'ophtalmoscope révèle la présence. »

Le Dr Emile Berger, dans son livre sur « Les maladies des yeux dans leur rapport avec la pathologie générale » avait également signalé cette complication : « L'amaurose peut en outre être la cause d'hémorragies violentes, se développant soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement. » Il rapporte à ce propos deux observations concluantes antérieurement publiées par le Dr Chevallereau :

1. Follin. In *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. *Amaurose*, p. 534.
2. Berger. In *Les maladies des yeux dans leur rapport avec la pathol. génér.* Paris, Masson, 1892, p. 256.

Dans la première, il s'agissait d'une femme chez laquelle on avait dû avoir recours à l'extraction manuelle du placenta, qui adhérait très fortement à l'utérus, opération qui avait entraîné une hémorragie des plus violentes. Quelques jours se passèrent dans un état de demi-prostration et ne furent troublés par rien d'anormal, quand six jours après l'accouchement, une fièvre intense se déclara ; dix jours après, la malade était en proie à une aphasie partielle, caractérisée par la perte de la mémoire pour les substantifs; cette aphasie s'améliora pour disparaître au bout d'environ six semaines ; mais alors la malade s'aperçut que la moitié de son champ visuel lui faisait défaut. Deux ans après, on pouvait encore constater chez elle la présence de l'hémianopsie.

Pflüger avait du reste déjà rapporté des exemples d'hémiopies de cette nature.

La deuxième observation nous apprend qu'à la suite d'une très abondante hémorragie, symptômatique d'un avortement accidentel, la malade, tombée en syncope, resta sans connaissance pendant trois jours. Quand elle reprit ses sens, elle s'écria qu'elle n'y voyait plus du tout ; cette amaurose totale, cependant, s'améliora peu à peu et trois semaines après l'accident causal, la malade était capable de distinguer la lumière de l'obscurité. Dans les trois mois suivants, la malade recouvra, mais en partie seulement, son acuité visuelle. A cette époque, le Dr Chevallereau constata la présence d'une hémianopsie droite de l'œil gauche. Le champ visuel de l'œil droit était particulièrement rétréci, son cadran inférieur

gauche, faisant totalement défaut. M. Chevallereau croit que le trouble visuel trouve son origine dans la thrombose probable des artères du centre cortical de la vision, thrombose consécutive à la syncope.

Il semble que ce genre d'amaurose soit surtout le fait d'hémorragies de la parturition. C'est l'avis du collaborateur du *Dictionnaire Dechambre* (1) : « Les hémorragies pendant la parturition sont une cause fréquente de troubles visuels »; trouvons-nous sous sa plume, à l'article « *Grossesse* » de cette œuvre encyclopédique.

Ainsi qu'il ressort des observations, les troubles de la vue n'apparaissent pas aussitôt après la perte sanguine. Ce n'est qu'après un intervalle de plusieurs jours, en moyenne de trois à six jours, que l'amaurose vient obnubiler ou même éteindre tout à fait la vue de la patiente. Quelquefois on a noté des prodromes et le professeur Panas (2) enseigne que « des sensations lumineuses subjectives précèdent quelquefois les troubles de la vue ».

On n'a, à notre connaissance du moins, enregistré aucun fait de semblable nature au cours de la période qui suit l'accouchement.

C. — Amauroses albuminuriques.

Les amauroses albuminuriques correspondent à des états anatomo-pathologiques aujourd'hui bien connus

1. In *Dict. encycl. des sc. méd.* T. XI, 1ère P., p. 142.
2. Panas, In *Traité des mal. des yeux*, vol. I, p. 734.

et l'on pourrait dire avec raison que les amblyopies survenues au cours de la grossesse sont, dans la plus grande partie des cas, imputables à l'albuminurie.

En 1827, les Drs Bright et Barlow (1) avaient observé l'amaurose dans quatre cas d'albuminurie et insisté sur les rapports qui unissaient la néphrite au trouble visuel. Mais ces cas n'avaient pas trait à des états de grossesse. Des faits de ce genre avaient également attiré l'attention de cliniciens tels qu'Osborne, Malinster, Christison, Gregory et Rayer.

En 1849, le Dr Landouzy, de Reims (2), adresse à l'Académie de médecine un mémoire sur la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse. Parmi les signes propres à annoncer la néphrite albumineuse dès l'origine, M. Landouzy place l'amaurose qui suit, de la manière la plus précise, toutes les phases de l'albuminurie. Sur quinze cas de mal de Bright des mieux caractérisés, l'auteur en a observé treize dans lesquels l'affaiblissement de la vue commença, cessa, diminua ou reparut avec l'albuminurie.

La même année, Lévy, Forget, Cunier (3) confirmaient dans leurs écrits oculistiques, la réalité de cette sorte d'amaurose ; mais ils avaient davantage souci de noter une coexistence qu'un rapport régulier et constant de

1. Bright et Barlow cités par Panas. *Traité des maladies des yeux*, vol. I, p. 634.

2. Landouzy. In *Arch. gén. de méd.*, 1849, p. 370.

3. Lévy, Forget, Cunier, cités par Dufour et Gonin, in *Encycl. ophtalm.*, t. VI, p. 810.

cause à effet. Türck (1) fut le premier qui découvrit, dans une rétine affectée d'albuminurie, des lésions anatomiques dont il entretint la société des médecins de Vienne, en une mémorable séance de l'année 1850. Plus tard, des savants tels que Virchow, H. Müller, Schweigger (2) et quelques autres se livrèrent, sur ce point, à de minutieuses et fécondes recherches, dont ils interprétèrent les résultats dans une série d'articles.

La première observation ophtalmoscopique est due à de Græfe (3) qui décela par l'ophtalmoscope une rétinite jusque-là insoupçonnée ; Heymann (4) en fournit trois autres en 1856, et l'année suivante Wagner en rapportait dix-huit nouvelles qui offraient tous les degrés de l'altération depuis la simple hyperémie jusqu'à la coexistence d'hémorragies nombreuses et de larges plaques exsudatives.

La vulgarisation de ces travaux n'avait pas été sans mettre en garde les médecins et les accoucheurs contre les déterminations oculaires des néphrites et de l'albuminurie et ils ne manquèrent pas, dès lors, de rechercher l'albumine dans l'urine des femmes enceintes dont la vue semblait altérée ; mais, jusqu'à une certaine époque, en dehors d'une longue série de données venant grossir le chapitre général des amauroses néphrétiques, l'étude spéciale des amauroses gravidiques

1. Türck. *Archiv. für ophtalm.*, II, 2e partie, p. 145-1850.

2. Virchow. H. Muller, Schweigger cités par Dufour et Gonin, *loc. cit.*

3. De Græfe. *Arch. für ophtalm.* 1855, II, p. 222.

4. Heymann. *Ibidem*, 1856, II, p. 137.

de cette nature ne s'était accrue d'aucune contribution vraiment digne de ce nom.

C'est le regret qu'exprimait en 1877, le Dr Edward Stevens (1) de Cincinnati, dans l'*American Journal of obstetric* : « Jusqu'ici, écrivait cet auteur, notre attention a été accidentellement attirée sur les rapports qui unissent l'albuminurie à l'amaurose, en tant que spécialement particulière à l'état de grossesse albuminurique ; s'il est vrai que le Dr Bright a montré que, dans certains cas de lésions organiques des reins, nous pouvons compter l'amaurose parmi les symptômes, on n'a tiré jusqu'ici de ce fait aucune déduction obstétricale pratique.

Cependant, autant que je me le puisse rappeler, Simpson, un des rares auteurs qui aient traité de ces choses, a fait de l'apparition de l'amaurose une forte probabilité de l'existence d'albumine dans les urines des femmes enceintes. »

Il serait au moins imprudent de se laisser aller à déplorer, de prime abord, avec Stevens, la pénurie de considérations cliniques à cet endroit. De Wecker en avait fait mention dans son traité, et en 1868, Bousseau (3), dans sa thèse inaugurale, avait consacré un paragraphe spécial à l'étude des atteintes rétiniennes par l'albumine chez les femmes grosses.

1. Stevens. In *Amer. J. of obstetric*, 1878, II, p. 294.

2. De Wecker et Jaeger. In *Traité des mal. des yeux*, 1868, p. 335.

3. Bousseau. Des rétinites secondaires et symptomatiques. *Th. Paris*, 1868.

Cependant ce n'est guère qu'à une époque très rapprochée de la nôtre que les travaux de Knaggs, Alt, Culbertson, Hobby ordonnent avec plus de précision et de clarté les notions éparses au hasard des publications scientifiques. A cet égard, Axenfeld, dont nous aurons à reparler au cours de cet ouvrage, se signala plus particulièrement par ses recherches rigoureusement conduites et par l'exposé si net qu'il fit de sa conception personnelle des albuminuries de la gravidité.

Citons encore après les travaux de Lehmann et de Novelli (1), Guende et Sourdille, la thèse de Coudray en 1899, où l'auteur entreprend de déterminer les indications de l'accouchement prématuré, chez les femmes albuminuriques dont les yeux sont troublés ; la thèse de Monthus (2) intéressante et par la mise au point de certaines questions touchant l'anatomie pathologique des rétinites et par ses considérations pronostiques où l'auteur discute les chances de curabilité de ces mêmes affections.

De l'étude de tous ces documents, se dégage cette claire notion que l'amblyopie et l'amaurose semblent se manifester pendant toute la durée de la grossesse. Tantôt leur développement est lent et progressif; tantôt, au contraire, elles éclatent brusquement au moment du travail et immédiatement après la délivrance. Dans

1. Novelli. In *Rassegna d'ostet. et ginéc.* Naples, 1896, V, p. 461.

2. Monthus. *Th. de Paris*, 1901-1902, 48 p.

ce dernier cas, il y a très fréquemment coexistence de crises éclamptiques.

Sans vouloir en quoi que ce soit empiéter sur le chapitre du pronostic, nous pourrons nous demander si ces deux façons d'être qu'affecte le symptôme, ne correspondent pas à des processus de nature différente et si l'albumine urinaire traduit dans les deux cas d'identiques étiologies. Nous croyons dès maintenant être en mesure de répondre que la présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes doit agréer, suivant les cas, des interprétations différentes et n'apporte pas pour le pronostic des éléments univoques d'appréciation. Les auteurs n'ont pas, à notre avis, mis assez en relief, cette dualité d'origine de l'albuminurie, sur laquelle nous avons dessein d'insister, après que nous aurons succinctement examiné les aspects cliniques de la question.

Très souvent, en dehors du complexus symptomatique habituel aux néphrites et au mal de Brigt, le trouble visuel est annoncé par des prodromes, troubles gastriques, céphalalgie passagère et une sensation de lassitude générale, qui peuvent mettre sur la voie. L'examen répété des urines ne manque pas alors de démontrer la présence de l'albumine.

Mais il arrive quelquefois que le premier signe de l'altération oculaire soit un trouble de la vision, qui s'accroît peu à peu. Les obnubilations passagères, dont la malade se souciait au début assez peu, augmentent de fréquence et d'intensité. Les objets deviennent confus, estompés, brumeux ; des brouillards semblent au-

devant eux opposer l'opacité d'un écran toujours plus épais ; les globes oculaires deviennent tendus et douloureux à la pression. Plus tard, des symptômes subjectifs vont se détacher sur l'obscurité de l'amaurose, mouches volantes, éclairs de lumière neigeuse, ou alors ce sont des points noirs qui entachent invariablement la partie centrale de l'objet considéré. Le sens des couleurs est dans certains cas perverti et Simon (1) rapporte que le bleu fut pris pour du vert chez trois de ses malades. Ceux-ci fuient la lumière quand elle est trop intense, alors qu'ils sont encore capables de la percevoir, parce que leur rétine en est péniblement impressionnée. Mais il arrive souvent que la lumière elle-même n'est plus distinguée de l'obscurité et c'est alors pour la malade l'atroce appréhension de rester à jamais dans les ténèbres.

L'affection est presque toujours bilatérale et rares sont les cas où elle ne s'est manifestée que dans un seul œil (2). Encore peut-on se demander si dans ces cas on a suffisamment prolongé l'observation. « En effet, dit Bousseau (3), les deux yeux se prennent en même temps ; un seul peut être envahi tout d'abord, mais au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, rarement plus, la lésion devient double et c'est un caractère important pour le diagnostic. »

1. Simon cité par Gonin, in *Ency. opht.*, t. VI, p. 814.

2. Voir Abeille. Amaurose albuminurique unilatérale. In *Gazette médicale*, 1853.

3. Bousseau, *loc. cit.*

Comme on le peut voir, l'amaurose albuminurique est un symptôme grave ; « les auteurs ont cité des cas extrêmement rares d'amblyopie albuminurique sans lésions rétiniennes appréciables, surtout chez les femmes enceintes » (Bousseau) ; ces troubles s'accompagnent en effet de lésions de la rétine et du nerf optique qui constituent la rétinite albuminurique, « affection très redoutable, déclare Culbertson, qui tombe fréquemment sous l'observation de l'oculiste comme du praticien non spécialisé ». S. C. Ayres (1), dans le *Cincinnati Lancet and Clinic* dit que dans des cas de mal de Bright, puerpéral ou non, huit pour cent des malades souffrent de rétinite albuminurique.

On ajoutait autrefois, qu'ainsi toutes les causes capables d'engendrer cette affection, le mal de Bright, étaient de ce fait susceptibles d'exercer directement une action morbide sur la rétine et que la grossesse, par sa fréquence, ne négligeait point d'apporter pour sa part à la statistique l'appoint respectable de semblables complications. Nous savons aujourd'hui qu'une femme enceinte dont le rein est déjà touché plus ou moins sérieusement du fait d'une maladie, d'une intoxication, d'une gestation antérieure, sera, au point de vue toxémique, placée plus que tout autre en état d'infériorité ; constatation intéressante que nous tenons en réserve, dans le dessein de l'utiliser plus efficacement, en temps voulu.

1. S. C. Ayres, cité par Culbertson, in *the Amer. Journal of ophtalmology*, t. XI, p. 133.

Nous venons de décrire sous un de ses principaux aspects cliniques, l'amaurose albuminurique.

A côté de cette forme, les auteurs s'accordent à en admettre une autre, qui peut être n'en différant que médiocrement au point de vue des atteintes rétiniennes, ne laisse pas que de s'en éloigner notablement et par son mode d'invasion, et par la marche des accidents qu'elle détermine, et, nous le montrerons tout à l'heure, par son pronostic.

Dans cette forme, l'amaurose s'installe le plus souvent brusquement, sans que des symptômes avant-coureurs n'aient trahi sa subite invasion.. Les deux yeux sont pris ensemble, et dès les premiers instants, sans passer par le stade amblyopique, la perte de la vue est absolue. Mais ce qu'il y a de plus remarquable ici, c'est que l'apparition de tels phénomènes, se manifestant de cette façon, se fait presque toujours soit aux environs du terme de la grossesse, soit au moment même du travail. A l'encontre de ce qui se passe dans la première forme décrite, où les accidents visuels sont ordinairement précoces, nous assistons dans ce deuxième mode, à leur développement tardif, très proche de la fin de la gestation.

D'autre part, et depuis déjà longtemps, on a noté une relation étroite entre la constatation de cette amaurose et les attaques de convulsions puerpérales. C'est fort probablement d'elle que Bousseau dit : « L'amblyopie peut se manifester pendant tout le temps de la grossesse;... elle est lente et progressive, ou bien elle éclate brusquement et alors elle est ordinairement liée

à des attaques d'éclampsie. » Enfin, et c'est là une considération du plus haut intérêt, c'est dans des cas de ce genre qu'il nous est donné de voir le plus ordinairement les lésions de la rétine, rétrocéder avec le plus de rapidité et même en venir à complète guérison.

En présence d'une telle dualité clinique dans la détermination des troubles visuels suscités par l'albumine, on était en droit de se demander quels éléments pouvaient, dans ce problème morbide, faire ainsi varier le symptôme et en déterminer l'allure plus ou moins grave ?

Un fait est patent : les malades présentant des troubles inférant soit à l'une soit à l'autre de ces amauroses, émettaient des urines albumineuses.

La question se posait donc ainsi : « Quelle était la signification de cette albumine ? Était-elle le fait d'une maladie antérieure ou imputable à la grossesse actuelle ? »

La solution de ce problème ne va pas sans de grandes et parfois insurmontables difficultés ; car le plus souvent c'est à la malade que nous sommes obligés d'avoir recours, pour tenter d'en éclaircir la teneur. C'est en effet par l'étude des antécédents personnels que nous arriverons à démêler un peu de vérité clinique.

Nous pouvons ainsi apprendre que la femme enceinte, à qui nous donnons nos soins, a fait dans son jeune âge une maladie infectieuse, a été malade d'une fièvre éruptive, rougeole et surtout scarlatine, touchée par la diphtérie, qu'elle a souffert d'angines graves. Elle nous dira,

si elle a déjà été mère, qu'à une grossesse antérieure elle a eu de l'albumine dans ses urines. Nous serons peut-être amenés à surprendre chez elle des signes d'artério-sclérose. Des œdèmes, de la bouffissure de la face nous mettront sur la voie.

Si nous considérons que la grossesse est l'origine d'une surproduction de poisons, circulant dans l'économie, nous ne nous étonnerons pas qu'un rein, que de telles affections antérieures ont ainsi fontionnellement et anatomiquement infériorisé, soit néfastement influencé par la gravidité.

Il réagira plus vite qu'un autre à la sollicitation des toxines et sans doute de l'albumine apparaîtra dans les urines à une date plus précoce.

Nous dirons qu'il y a eu ici nouvelle atteinte d'un système rénal déjà défectueux ; l'albumine traduit une néphrite antérieure et si l'albuminurie ne revêt pas le caractère définitif du brightisme, il n'en est pas moins à craindre que la grossesse n'exerce sur elle une action mauvaise. L'organisme entier s'en ressentira profondément.

Mais nous savons actuellement que la grossesse, elle aussi, à l'instar d'une maladie infectieuse, ou pour mieux dire d'une intoxication, est capable par elle-même de produire des néphrites, partant de l'albumine. Mais ici la néphrite ne traduit le plus souvent qu'une atteinte légère du rein car l'albumine disparaît des urines presque toujours après l'accouchement, même dans les cas les plus graves ; elle exprime plutôt la fatigue d'un rein surmené que la désintégration pro-

fonde du parenchyme rénal. M. Ribemont-Dessaigne (1) l'a ainsi qualifiée : « La véritable albuminurie gravidique est celle qui apparaît d'une manière persistante au cours de la grossesse, qui semble causée par cet état particulier de la femme et qui disparaît après l'accouchement. »

Il nous est permis de supposer que parallèlement à l'évolution bénigne de ce syndrome rénal de l'intoxication gravidique, nous pourrons escompter une moindre gravité des troubles visuels.

C'est la conclusion qu'Axenfeld (2), en 1895, a tiré de ses laborieuses recherches cliniques : au point de vue ophtalmoscopique, la rétinite albuminurique gravidique ne diffère point des rétinites albuminuriques ordinaires, mais cliniquement, elle affecte deux modes principaux :

1° Une première forme, que nous appellerons la rétinite gravidique pure, se montre de préférence chez les primipares et vers la fin de la grossesse ; c'est dans cette forme qu'on peut voir le plus communément les altérations rétiniennes se dissiper après l'accouchement.

2° L'autre type mérite l'appellation de gravido-néphrétique. Ce terme dit assez explicitement que la rétinite n'est pas le fait de la grossesse, mais que cet état est venu aggraver une altération rénale préexistante. Dans

1. Ribemont-Dessaigne. *Précis d'obstétrique*, 1900, p. 704.

2. Axenfeld. In *Monasts. für geburtshülfe und gynækologie*, 1895, t. II, p. 516.

ce cas, l'apparition des lésions revêt un caractère de précocité, inhabituel au type précédemment décrit.

Monthus, dans sa thèse accueille favorablement cette manière de voir et l'applique à la critique de quelques-unes des observations qu'il rapporte.

Ainsi envisagée sous les deux aspects qu'elle peut revêtir, cette conception de la rétinite des femmes enceintes justifie et explique les opinions les plus dissemblables, les plus contradictoires qu'aient émises les auteurs, que la question a préoccupés ; pour d'aucuns, elle était rebelle à tout traitement, pour d'autres elle était au contraire facilement curable.

Le mot définitif dans le débat avait déjà été prononcé par Panas (1) : « La rétinite dépendant de l'abuminurie gravidique se termine presque toujours par la guérison ; par contre, lorsque l'affection se rattache *à une néphrite interstitielle*, à l'ictère grave ou à l'impaludisme, une cécité définitive est souvent à craindre, soit d'emblée, soit à la suite de retours offensifs qui aboutissent à l'atrophie de la rétine et du nerf optique. »

D. — **Amauroses gravido-toxiques.**

Pendant très longtemps, la présence de l'albumine dans l'urine était le seul signe qui puisse faire prévoir les attaques d'éclampsie et le médecin qui, en face d'une attaque de convulsions puerpérales, n'en trouvait pas dans les urines de sa malade, en concevait toujours

1. Panas. In *Tr. des mal. des yeux*, 1894, p. 636.

un certain étonnement. L'éclampsie fut même pendant longtemps le seul gros trouble de la gravidité qu'on reprochait à l'albumine ; Stevens (1), nous le fait savoir.

Depuis la découverte de Bright et les observations de Landouzy, on ne supposait pas, parallèlement, qu'au cours de la grossesse, il put y avoir des troubles visuels, sans que de l'albumine fut décelée dans les urines. Cependant, des exemples avaient été rapportés de tels cas et des observations dignes de foi attestaient de la réalité des faits.

Nous n'avons plus aujourd'hui le droit de douter qu'il puisse en être ainsi ; la théorie de l'auto-intoxication gravidique que nous devons au professeur Pinard, nous permet de concéder à chacune des manifestations morbides de la grossesse, sa véritable valeur ; l'éclampsie, les vomissements incoercibles, l'albuminurie sont déchues du rang primitif où les anciens auteurs les avaient exhaussées : autrefois maladies, elles ne sont plus aujourd'hui que des symptômes, à placer au même niveau que le ptyalisme, les éruptions cutanées, l'ictère, les altérations de la vue : ils caractérisent simplement les différents modes de réaction de l'organisme, envahi par les toxines de la grossesse.

L'albuminurie, symptôme de cette intoxication, peut donc coïncider avec les troubles visuels, sans que nous soyons tentés d'établir un rapport de cause à effet, sans croire que celle-ci a produit celle-là. Nous pouvons

1. Stevens. In *Am. J. of obs.* 1878, t. XI, p. 298.

d'autre part constater son absence et la voir remplacée par un signe d'égale valeur, puisqu'il se prévaut de la même cause ; ce seront tantôt des vomissements incoercibles, tantôt de l'amaurose, tantôt des crises éclamptiques.

Adam Wright (1) avait en 1897 soutenu cette proposition : « En un mot, écrivait-il, je pense que le moindre signe traduisant un écart de l'état de santé habituel, durant la gestation, doit, nous faisant soupçonner l'apparition de l'intoxication généralisée, mériter notre plus sérieuse attention et partant un traitement approprié. Si par hasard, nous sommes en présence d'une malade accusant un malaise général avec céphalalgie légère, alors même qu'il n'y a pas d'albumine dans ses urines, ne nous y laissons pas prendre, puisque nous savons *que l'albumine n'est qu'un des symptômes de l'intoxication de l'organisme* et souvent le dernier à se montrer. Son absence ne prouve absolument rien. »

Nous avons maintenant la clef du problème et la réalité de l'amaurose gravidique pure n'est plus à contester désormais. Le même Wright (2) le dit formellement : « Les principaux symptômes de la toxémie de la grossesse sont la salivation, des troubles digestifs accompagnés parfois d'une sensation gustative particulière, l'anémie, les troubles nerveux, *les désordres de la vue.* » L'amaurose peut donc être considérée comme une émanation morbide directe de l'intoxication gravidique et

1. Wright. In *The Amer. J. of obstetrics*, 36, 1897, p. 456.
2. Wright, *loc. cit.*

Bouffe de Saint-Blaise (1) nous apprend que Lévi admet que l'on peut ranger les troubles oculaires dans les phénomènes attribuables à l'hépato-toxémie.

Quelle origine assignerons-nous à cette intoxication à la faveur de laquelle peuvent se révéler des altérations de l'organisme d'un tel ordre ? Répondre à cette question, n'est pas outrepasser les limites de notre sujet ; car ce faisant, c'est, sans nul doute, assurer au traitement de l'amaurose actuellement étudiée les garanties rationnelles de son efficacité.

Selon Pinard (2), il faut voir dans les toxines gravidiques, « un état particulier aux femmes enceintes qui « est la conséquence d'une insuffisance hépatique envers « les toxines ou poisons de l'économie, presque tou- « jours alimentaires. Cette insuffisance peut être précé- « dée, favorisée ou compliquée de phénomènes patholo- « giques antérieurs ou concomitants du foie ou d'autres « organes tels que le rein ; et elle a pour conséquence « des accidents très différents suivant le *locus minoris* « *resistentiæ* de la malade, ses hérédités, son tempé- « rament, son genre de vie, ses écarts de régime, la « saison dans laquelle elle se trouve. »

Voici en somme le résumé des théories que le professeur Pinard groupe sous le vocable d'hépato-toxémie gravidique.

1. Bouffe de Saint-Blaise. In *Gazette des Hôpitaux*, 1898, p. 1113.

2. Pinard, cité par Bouffe de Saint-Blaise, in P. M. C. 1906, art. *Grossesse* (Pathologie).

Étant donné le polymorphisme des manifestations de cette nature, il est légitime de croire que les poisons sont multiples et qu'il y a non pas une, mais des toxémies gravidiques.

Comment le foie vient-il à s'altérer ? La grossesse normale est, avons-nous déjà dit, l'origine d'une surproduction de poisons ; la suractivité des échanges vitaux encombre l'organisme de déchets. Charrin (1) a, d'autre part, montré que le sang des règles était très toxique ; selon lui, la suppression des menstrues amènerait dans l'organisme la rétention de poisons. D'autre part, interviendrait aussi le mécanisme de la dysovarie ; le professeur Pinard pense que la sécrétion interne de l'ovaire, perturbée dans son mode d'action, détermine d'abord une impotence fonctionnelle du foie ; cet organe, succombant à sa tâche de neutralisation, serait enfin touché dans l'intimité de ses cellules et laisserait le champ libre aux toxines de toute nature. Ainsi s'engendre par un cercle vicieux de réactions pathologiques le processus de l'hépato-toxémie.

Certains passages de la littérature médicale semblent montrer qu'un rapport entre la suppression des règles et les troubles de la vue avait déjà été soupçonné par les auteurs.

De Beer (2) dit avoir vu des femmes n'ayant pas eu d'enfants, perdre la vue au moment de la ménopause.

1. Charrin, cité par Coudray, in *Th. Paris*, 1899.
2. De Beer cité par Sichel.

Sichel (1) traitant de l'amaurose congestive, écrit dans son *Traité de l'ophtalmie* : « C'est ainsi que la suppression d'une évacuation sanguine physiologique tel que le flux menstruel a pu produire ce genre d'amaurose.»

Martin (2), auteur américain, cité par Stevens, relate le cas d'une dame bien portante, qui, lorsqu'elle passe une période ou deux sans avoir ses règles, présente les symptômes de l'urémie au début et de l'amblyopie.

D'autre part, en rapport avec l'établissement des périodes menstruelles, on a noté l'apparition de troubles du même genre :

Le Dr Drake-Brockmann (3), médecin militaire à l'armée des États-Unis rappelle un cas personnel.

C'est celui d'une maladie, qui successivement pendant les différentes périodes menstruelles qui précédèrent ses grossesses eut à souffrir d'une perte de la vue temporaire et partielle. « L'altération du sang, ajoute cet auteur, a, selon moi, plus à faire avec l'amblyopie que l'influence des actions réflexes. »

Knaggs (4), rapportant l'observation d'une femme enceinte amaurotique, venue le consulter pour port de lunettes et qu'il avait dû faire accoucher prématurément, apprend d'elle, que sa vision s'améliorait, mais qu'à

1. Sichel. In *Traité de l'ophtalmie, de la cataracte et de l'amaurose*, Paris, 1837, p. 662.

2. Martin, cité par Stevens, *Amer. J. of. obst.*, 1878, XI, p. 296.

3. Drake-Brockmann, cité par Knaggs. In *Brit. med. J.* 1893, II, 731.

4. Knaggs, *loc. cit.*

chaque période cataméniale, sa vue n'était pas aussi bonne pendant un jour ou deux, après quoi elle se rétablissait rapidement.

Valude (1), à propos d'un cas d'atrophie optique primitive, survenue au cours de la gravidité, fait remarquer que « les seules atrophies optiques primitives qui « s'observent en rapport avec des troubles utérins sont « celles qui accompagnent la dysménorrhée et ont pour « point de départ les désordres menstruels variés. » La malade à propos de laquelle il est amené à s'exprimer ainsi lui avait confié, que, régulièrement, l'apparition de ses époques était accompagnée d'une amblyopie passagère et qui ne persistait point dans l'intervalle des jours menstruels.

Le fait est donc patent que les périodes menstruelles réagissent sur la vision, et la théorie du professeur Pinard se pare d'une grande ressemblance.

Qu'il y ait, au cours de la grossesse, action toxique d'une sécrétion interne dévoyée, rétention du sang que normalement éliminent les écoulements cataméniaux, atteinte du foie enfin dominé par les poisons alimentaires ou autres, c'est ce que prétend la théorie de l'hépato-toxémie gravidique. Mais nous devons faire remarquer qu'on n'a pas toujours interprété les mêmes phénomènes de cette même manière, et en présence d'amauroses atteignant des femmes enceintes non albuminuriques, on chercha si les influences réflexes, ne pourraient pas, dans une certaine mesure, donner l'ex-

1. Valude. In *Ann. d'ocul.*, avril 1892, p. 275.

plication de leur pathogénie. Nous y reviendrons plus loin.

Puisque nous avons maintenant perçu d'une façon nette quel lien commun rattachait les unes aux autres les différentes manifestations de la grossesse, nous pouvons, sans crainte d'équivoque, nous occuper d'une amaurose jusqu'ici considérée comme inséparable d'un symptôme gravidique, jadis entité morbide ; nous voulons parler de l'amaurose éclamptique.

« Il est démontré, écrivait Henry Williams (1), qu'il existe une relation entre l'amaurose et les convulsions puerpérales, et bien que, selon le Dr Weber, nous ne pouvons considérer la première comme invariablement un symptôme prémonitoire de la dernière, puisque l'éclampsie est, de beaucoup, une affection plus fréquente et que dans bien des cas, elle précède fréquemment la cécité, cependant la survenance de l'amaurose pendant la parturition devrait nous mettre en garde contre les complications convulsives. »

Il est bien certain que les caractères cliniques de ce genre d'amaurose, dite éclamptique, avaient par leur allure bien particulière attiré l'attention des cliniciens qui la catégorisaient à part et ne croyaient pas indispensable qu'elle fut le fait de l'albumine.

« La présence d'albumine dans l'urine, reprend Williams, quoiqu'étant une habituelle coïncidence, ne semble pas avoir ici une influence absolument déterminante ; de même qu'on note son absence dans quelques

1. H. Williams. In *Bost. Med. et Surg. J.*, 1873, p. 375.

cas, de même, en d'autres, elle peut survivre longtemps aux symptômes d'amaurose. »

Éclampsie, albuminurie, amaurose sont donc des symptômes de même valeur, ils peuvent coincider, mais ne se commandent nullement les uns les autres. A ce sujet, il est curieux de noter au passage que le Dr Ingleby (1), a observé chez une même malade, au cours de plusieurs et successives grossesses une alternance de l'amaurose et des phénomènes convulsifs.

Que faut-il entendre par le terme d'amaurose éclamptique? On sait que les convulsions puerpérales s'accompagnent le plus souvent de troubles visuels ; mais en général fugaces et passagers, ils ne durent que peu de temps et ne survivent pas à la cessation des accidents convulsifs ; ils sont également d'une intensité en rapport avec leur brièveté et souvent assez peu accentués pour constituer un nouveau sujet d'inquiétudes, dans d'aussi pénibles conjonctures. Ce n'est pas à des complications de cette envergure que s'applique, selon nous, le vocable « amaurose ». Nous le réservons pour des faits d'un ordre plus grave et se caractérisant par une perte ou une diminution de la vision, persistant pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines après la disparition des phénomènes généraux et pouvant inspirer pour l'avenir des craintes sérieuses.

De tels cas sont assurément beaucoup plus rares que les premiers, modestes figurants de la scène morbide.

L'amaurose éclamptique a ceci de particulier qu'elle

1. Ingleby. « Facts and Cases in Obstet. Medicine », p. 53. Cité par Stevens, in *Amer. J. of Obst.*, 1878, XI, p. 300.

est brusque et transitoire. Il est exceptionnel en effet qu'elle laisse soupçonner son arrivée par des symptômes d'approche, susceptibles de donner l'alarme. Il est des cas cependant où des obnubilations passagères de la vue la font présager ; mais ce sont surtout des troubles de l'accommodation qui la précèdent. La malade éprouve alors une difficulté inaccoutumée à lire, à écrire, à enfiler une aiguille. « Cette parésie accommodative, affirme Sourdille (1), est un signe important et doit attirer l'attention du médecin sur l'imminence de l'attaque éclamptique. »

Mais le plus souvent, avons-nous dit, cette sorte d'amaurose débute brusquement et alors elle est contemporaine des premières secousses de l'éclampsie. Elle se manifeste quelquefois avant la crise nerveuse et entr'autres cas enregistrés dans les annales de la médecine, nous pouvons citer celui que rapporte de Witt (2) en 1889, dans le *Cincinnati Lancet and Clinic*, sous le titre « un cas d'éclampsie puerpérale précédé par vingt-quatre heures de cécité totale ».

D'autre part il est arrivé que la malade sorte aveugle de sa torpeur post-éclamptique et croit se réveiller au milieu de la nuit. Walliser (3) eut à soigner une accouchée qui s'illusionna de cette façon : « Les convulsions, relate-t-il, cessèrent peu de temps après-midi. A ce moment, elle demanda à la garde d'allumer la

1. Sourdille. In *Clin. ophtalm.* Paris, p. 127.

2. De Witt. In *Cincinnati Lancet and Clinic*, 1889.

3. Walliser. In *Saint-Louis Med. and Surg. Journal*, 1879, XXXVI, p. 64.

lampe, pour qu'elle pût voir son bébé. On ne réussit que difficilement à la convaincre qu'il faisait grand jour... »

Le trouble visuel amène du premier coup la cécité, absolue au point que les objets ne sont plus distingués ; la perception lumineuse elle-même est abolie.

Nous avons parlé plus haut d'un cas tout à fait spécial où la cécité n'en était pas venue à ce degré : nous voulons rappeler l'observation, publiée par Jocqs, dans laquelle une des formes du langage visuel était seule atteinte.

A l'examen, ces phénomènes subjectifs ne donnent le plus souvent lieu à aucune constatation particulière ; rares sont les cas où l'on a vu les pupilles dilatées et le réflexe lumineux absent. On observerait plus volontiers du myosis. Quant à l'examen ophtalmoscopique, il ne décède aucune altération du fond de l'œil.

L'amaurose éclamptique peut se surajouter aux troubles de la rétinite albuminurique ; elle se fait reconnaître alors à la cécité subite et d'emblée complète qu'elle détermine chez des malades déjà plus ou moins amblyopiques.

Le moment de son apparition coïncide avec celui des convulsions puerpérales ; c'est assez dire que la période du travail s'avère la plus propice à son développement; les exemples d'amauroseaccompagnant une crise éclamptique dans le cours de la gestation ne sont pas un fait commun. Alt (1) nous fait savoir qu'une de ses malades

1. Alt. In *the Amer. Journal of opht.*, 1894, t. XI, p. 141.

lui avait confié « que sa vue avait été très compromise pendant deux mois et demi et qu'un mois avant la naissance de l'enfant, elle avait eu des convulsions graves ».

La femme enceinte y est-elle plus exposée lors de sa première ou de ses suivantes grossesses. Stevens (1) dit que « la proportion de primipares atteintes est minime ; c'est la formule inverse en ce qui concerne l'éclampsie ».

Mais ainsi que le déclare Sourdille, les observations d'amaurose éclamptique vraiment digne de ce nom sont en nombre si restreint qu'il est difficile de porter un jugement sur ce point particulier.

Aussi, sommes-nous tentés de croire que l'opinion de Stevens ne revêt pas un caractère de maturité, partant de sûreté qui la rendent inattaquable et sans doute inclinerions-nous à penser que le contraire serait peut-être plus près de la vérité ; les attaques d'amaurose relevant uniquement de l'auto-intoxication gravidique sont, au dire d'Axenfeld (beaucoup plus documenté sur la question) plutôt réservées aux primipares ; il en est de même des crises éclamptiques. D'autre part, on est frappé de la ressemblance clinique qu'offre l'aspect de ces amauroses gravidiques et éclamptiques et l'on en vient à se demander si l'on ne pourrait vraisemblablement pas les assimiler les unes aux autres. Serait-il alors téméraire de supposer que les primipares sont de préférence aux pluripares, sujettes à l'amaurose éclamptique ?

1. Stevens. In *the Am. J. of Obstetrics*, 1878, t. XI, p. 291.

Amaurose urémique.

Nous ne voulons point quitter ce chapitre des amauroses toxi-gravidiques, sans nous demander ce qu'au cours de la grossesse, on peut entendre par ce terme d' « amaurose urémique ».

Parmi tant d'auteurs, Panas, Berger, Hobby, etc., se sont évertués à la décrire dans ses moindres détails et c'est d'après eux que nous donnons la description qui va suivre.

« L'urémie, lisons-nous à l'article *Amaurose*, du *Dictionnaire Dechambre* (1), ou pour parler plus exactement, cette altération chimique du sang par la diminution de la sécrétion urinaire s'accompagne assez souvent de troubles de la vue. C'est encore un point peu étudié en oculistique. »

Berger (2) dit : « L'amaurose urémique s'observe aussi dans l'albuminurie de la grossesse, ainsi que dans les affections chroniques des reins. »

Ce genre d'amaurose est remarquable par son brusque début : à l'amblyopie fait rapidement suite une cécité bientôt absolue et cela le plus souvent en moins de vingt-quatre heures, ordinairement en quelques heures. Le fond de l'œil apparaît normal à l'examen ophtalmoscopique. Presque toujours des phénomènes généraux graves (céphalée, vomissements, convulsions),

1. Art. *Amaurose* par Follin au *Dict. Encycl. des sc. méd.*, 1re S., t. III, p. 536.

2. Berger. In *Mal. des yeux et path. générale*, 1892, p. 387.

précèdent cette amaurose, qui, après un stade amblyopique de retour assez bref, disparaît pour laisser place à une acuité visuelle sans déficit.

Que penser de cette sorte d'amaurose ? Si nous comparons les symptômes que nous venons d'énumérer à son actif avec ceux que nous offre l'amaurose éclamptique nous constatons qu'ils sont, pour ainsi dire, superposables. Même début, même intensité, même évolution rapide, même absence d'altérations ophtalmoscopiques.

Berger (1) ne néglige pas de faire remarquer que lorsqu'on a constaté l'existence d'une rétinite albuminurique, cette affection existait toujours avant l'apparition de l'amaurose. « La rétinite albuminurique elle-même, déclare-t-il, semble n'avoir aucun rapport avec l'auto-intoxication par les substances toxiques des urines. »

Pour notre part, nous croyons devoir envisager les faits sous l'aspect de simplicité qu'ils se plaisent à intégrer. Peut-être n'est-il nécessaire de penser chez la femme enceinte à l'éclosion d'une intoxication nouvelle quand l'hépato-toxémie, faisant intervenir les réactions morbides du foie et des reins, offre si commodément l'explication de tous ces troubles gravidiques. Le parallélisme des symptômes dont se pare l'une et l'autre amaurose, nous convie à identifier ces deux processus morbides. C'est l'opinion que professe Sourdille (2) :

1. Berger. *Ibidem*, p. 388.
2. Sourdille In *La Clinique opht.*, 1898, p. 218.

« Je ne m'arrêterai pas, dit-il, à discuter si l'amaurose éclamptique est séparable de l'amaurose urémique. Je crois qu'il s'agit dans les deux cas de phénomènes reconnaissant une cause identique : un empoisonnement des centres nerveux par des poisons organiques non éliminés ; mais les conditions particulières dues à la puerpéralité modifient légèrement la marche des troubles visuels. »

Amauroses réflexes. — Les ophtalmologistes ont depuis longtemps remarqué qu'il existe des amauroses sans altération apparente de l'œil et du cerveau, et sans que l'albumine ait fait à une époque quelconque de la maladie son apparition dans les urines. Leur explication présentait alors de sérieuses difficultés et l'on dut faire appel à l'ingéniosité de théories qui faisaient intervenir les actions à distance des organes les uns sur les autres. On parla alors de théories réflexes, suivant lesquelles l'amaurose se montrerait après une excitation excentrique, en l'occurrence utérine.

« L'utérus à l'état gravide, écrivait Berger (1), peut provoquer des troubles oculaires analogues à ceux produits par les affections utérines. La théorie la plus vraisemblable de ces troubles réflexes est celle de Brown-Séquard : il admet l'apparition de troubles vasomoteurs consécutifs à une irritation du système sensitif. » Berger ne pense pas qu'on puisse trouver dans de telles considérations l'origine des troubles de la gros-

1. Berger. In *Troubles de la vue en rapport avec la pathologie générale.* Masson, Paris, 1892, p. 255.

sesse que la constatation de lésions du fond de l'œil ne justifie pas.

Knaggs (1) rapporte un cas d'amaurose gravidique dont les symptômes dépendaient, en quelque sorte à son avis, de l'état de grossesse. « Le terme « amblyopie réflexe », ajoutait-il, peut assurément être tenu pour juste. » Il rappelle à ce propos que Priestley Smith a donné une très ingénieuse explication du phénomène de l'amblyopie réflexe ; suivant cet auteur, une excitation périphérique, agissant par l'intermédiaire du système sympathique, produit dans l'œil des effets vasomoteurs et c'est au milieu des vaisseaux de la couche capillaire de la choroïde que prennent naissance les troubles visuels. « Une constriction des vaisseaux intra-oculaires, qui, dans les artères de la rétine, échappe à l'examen ophtalmoscopique, prétend Priestley Smith, me paraît être tout à fait suffisante pour provoquer l'amaurose. »

Knaggs rapproche de son observation celle que Valude avait publiée en 1892, dans les *Annales d'Oculistique* sous le titre « un cas d'atrophie optique au cours de la grossesse » et se montre disposé à ne voir là qu'un nouveau méfait, à mettre sur le compte des actions réflexes suscitées par la gravidité.

1. Knaggs. In *British. med. Journal*, 1893, II, p. 732.

EXAMENS OPHTALMOSCOPIQUES ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'insisterons guère sur ce que peuvent révéler les examens ophtalmoscopiques, dans les cas d'amaurose gravidique de nature hypertensive et congestive, pour plusieurs raisons ; cette forme, en effet, dont l'intérêt historique est indéniable est, en fait, rarement observée et depuis longtemps elle n'a pas provoqué de remarques à son endroit ; de plus, ainsi que nous l'avons déjà dit, elle ne fut que de rares fois soumises au contrôle de l'ophtalmoscopie.

Scott (1) nous fait savoir qu'en de telles circonstances, il a observé de la congestion chronique de la rétine.

Actuellement, il n'est pas que nous sachions fait mention d'un examen ophtalmoscopique touchant ces cas, dans les traités que nous avons en ce dessein consultés. Cependant Péchin(2) écrit que « les troubles

1. Scott. In *Trans. Ohio. méd. Soc.*, 1875, XXX, p. 103.
2. Péchin. In *Prat. médico-chir.*, vol. 1, p. 178.

« visuels liés à l'hypertension artérielle ne sont accom-
« pagnés d'aucune lésion ophtalmoscopique ».

En admettant même qu'il y ait congestion active ou passive des vaisseaux rétiniens, on ne pourrait attribuer à ce trouble passager de la circulation rétinienne l'amblyopie et l'amaurose au degré que les observations prétendent qu'elles affectent. « En effet, objectent MM. Marc Dufour et Gonin (1) de Lausanne, quand ces congestions ne se compliquent pas d'hémorragies ou de phénomènes inflammatoires, elles restent généralement sans influence sur la vision ; tout au plus peut-on les incriminer comme la cause des mouches volantes dont certains malades se plaignent ou d'une sensation de plénitude dans le globe oculaire. »

Amauroses post-hémorragiques.

« Les lésions, dit Panas (2), sont identiques à celles qu'on rencontre dans l'anémie aiguë : elles consistent surtout en hémorragies rétiniennes et papillaires. Le disque optique se montre décoloré, mal délimité et parcouru par des artères flexueuses. Jamais la macula ne présente la tache rouge sang caractéristique de l'embolie de l'artère centrale ; de même une névro-rétinite accentuée est rare. »

Pour expliquer l'amblyopie les uns admettent la névrite rétro-bulbaire, alors que d'autres invoquent

1. Marc Dufour et Gonin. In *Encyl. ophtalm.*, 1906, t. VI, p. 175.

2. Panas. *Traité des maladies des yeux*, 1894, p. 734, vol. I.

avec plus de raison l'hémorragie des gaines. Toujours est-il que les examens anatomiques n'ont pas encore éclairé cette question de pathogénie. Dans une dissection pratiquée trois semaines après le début de l'amaurose, Ziegler a rencontré la dégénérescence graisseuse du stroma du nerf et des couches les plus internes de la rétine.

Amaurose et rétinite albuminuriques.

L'ophtalmoscopie aux différents stades de cette affection décèle les symptômes suivants :

Il y a au début congestion intense veineuse et artérielle ; c'est à cet état que de Graef (1) a donné le nom d'infiltration diffuse ; à cette époque les vaisseaux veineux se laissent peu à peu dilater, deviennent tortueux, présentent des renflements et souvent sont animés de battements isochrones aux mouvements cardiaques. La circulation, gênée dans les gros troncs, tend à se rétablir par les capillaires et ceux-ci se dilatent à leur tour. La pupille perd alors sa couleur rose pâle, elle se fonce de plus en plus, ses contours s'effacent, deviennent brumeux et l'on ne tarde pas à apercevoir sur tout son pourtour, et dans toute la rétine voisine, une opacité louche uniforme, de couleur bleuâtre, ou grisâtre qui est l'indice d'une transsudation séreuse (Bousseau).

Bientôt commencent à se montrer dans les régions péripapillaires des points moins colorés, qui peu à peu s'agrandissent et acquièrent une teinte blanchâtre de

1. Cité par Bousseau. Thèse Paris, 1868.

plus en plus marquée. Ils se transforment alors en taches blanches à centre resplendissant, dont les bords sont jaunâtres ou bleuâtres. Ces taches, dont les plus volumineuses atteignent la grosseur d'une tête d'épingle peuvent coalescer et former des placards du diamètre d'une lentille. Elles présentent dans presque tous les cas une disposition caractéristique : en effet, elles ont une tendance à se grouper, dans les parties centrales du fond de l'œil, autour de la papille et de la macula lutea ; quelquefois on aperçoit des stries blanchâtres ou jaunâtres ordonnées en radiations autour du même foyer.

Enfin des hémorragies multiples se montrent peu après l'apparition des taches bleuâtres. Elles peuvent être petites et ponctuées ; mais elles sont le plus communément striées et ressemblent à des flammes de torche. La plupart siègent le long des vaisseaux, soit à leur point de bifurcation, soit dans l'angle que forme l'affluent avec le tronc principal.

Culbertson (1) formule quelques restrictions sur la valeur diagnostique des taches argentées, qu'il a retrouvées dans la rétinite diabétique ; elles existent également, selon lui, dans la méningite et dans les tumeurs cérébrales.

Plus tard la pupille se décolore et devient moins saillante.

Il peut se faire que tous ces symptômes s'amendent

1. Culbertson. In *The Amer. J. of ophtalm.*, avril 1894, t. XI, p. 133.

et même disparaissent ; mais alors que la vision se rétablirait presque intégralement, le disque optique conserve son aspect pâle et lavé.

En cas de terminaison moins favorable, les plaques s'excavent au centre et s'entremêlent avec des dépôts pigmentaires, principalement autour de la papille, le long des vaisseaux rétiniens et vers l'ora serrata.

Une des complications fréquentes de la rétinite albumineuse gravidique est le décollement de la rétine, surtout dans les formes où l'œdème et les plaques blanches prédominent. Un tiers des cas de décollement rétinien publiés jusqu'ici ont trait à la rétinite gravidique (1). Nous verrons que cette complication affecte une allure moins grave ici, que dans les autres cas de rétinite.

Quant à l'anatomie pathologique, elle a été l'objet de travaux multiples qui l'ont aujourd'hui presque entièrement élucidée.

« Ce qui domine, écrivait Panas, c'est une infiltration de la rétine par un exsudat séro-albumineux, grâce auquel les éléments nerveux et les fibres se différencient nettement, souvent on rencontre des leucocytes groupés le long des vaisseaux. Les fibres de la rétine et de la papille sont gonflées et disposées en chapelets, ce qui leur donne un aspect moniliforme. Il y a bouleversement de l'assise des cônes et des bâtonnets, dans la région desquels se forment des espaces vacuolaires. On note également une altération hyaline de la couche

1. In *Encycl. ophtalmol.*, 1906, page 820, t. VI.

endothéliale des artères, qui atteint de préférence les vaisseaux de petit calibre.

Selon Swanzy (1), quelques-unes des taches blanches sont causées par une dégénérescence graisseuse des couches externes de la rétine, d'autres par l'hypertrophie des fibres nerveuses. Les petits points qu'on voit autour de la tache jaune sont le résultat d'une dégénérescence granuleuse des terminaisons internes des fibres de Müller.

Quant au tissu nerveux de la papille, il ne présente en général que peu de lésions, sauf dans les cas chroniques et graves, où l'on trouve, outre des foyers de sclérose grise, des corps verruqueux hyalins. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'altération franchit la lame criblée pour suivre un trajet ascendant vers le chiasma, comme cela arrive lorsque l'affection se complique d'une véritable névrite optique.

L'amaurose éclamptique et l'amaurose urémique n'offrent à l'ophtalmoscope aucune altération du fond de l'œil et ne semblent point reposer sur des altérations rétiniennes apparentes.

1. Swanzy, cité par Culbertson, in *Amer J. of ophtalm.*, t. XI, 1894, p. 136.

MARCHE. DUREE

Pronostic et diagnostic

Pronostic. — Les cas que nous avons rapportés, à la suite des auteurs, sous l'étiquette d'amauroses hypertensives, congestives, ont, en général, une évolution assez rapide bien que leur début brusque ne laisse pas que d'être impressionnant. « Ces troubles oculaires, dit Péchin (1) sont transitoires et fugaces et leur pronostic est favorable en général. » Leur durée s'étend de quarante-huit heures à plusieurs semaines, rarement à plusieurs mois. L'amblyopie et l'amaurose disparaissent peu à peu, sous l'influence de la médication et laissent après elle une acuité visuelle intacte.

Il faut cependant savoir, avertit Péchin, « que chez les femmes enceintes l'amaurose due à une simple hypertension, pourra en outre se compliquer de lésions oculaires dépendant de l'hépato-toxémie gravidique ».

1. Péchin. In *Prat. médico-chirurg.*, 1906, vol. I, art. *Amaurose*, p. 178.

Cette considération, qui ne doit pas faire concéder au pronostic un caractère de sévérité inquiétante, est cependant de nature à faire prévoir une plus longue durée des troubles visuels.

Nous avons dit quelques mots des amauroses post-hémorragiques et des aspects ophtalmoscopiques qu'elles offraient. Que deviennent-elles dans la suite ? Qu'y a-t-il à craindre pour l'avenir ?

Les avis semblent partagés. En effet, nous avons pu lire sous la plume du collaborateur du *Dictionnaire Dechambre* (1) : « Les altérations de la vue, pendant la grossesse, d'origine hémorragique, sont nombreuses, mais sans gravité. »

Berger (2) exprime un avis à peu près semblable, après cependant avoir cité deux cas dont l'évolution fut longue, n'aboutit qu'à une guérison partielle : « Le pronostic de ces affections, conclut-il, est en général favorable ; elles disparaissent après quelques jours ou au bout de plusieurs semaines. »

Il y a là sans doute, si l'on conçoit quelque rapport de cause à effet entre l'hémorragie et du trouble oculaire, une question de degré dans l'abondance des pertes sanguines, car Panas (3) prétend qu'après des hémorragies profuses, l'affection marche vers l'atrophie : « Le pronostic est grave, affirme-t-il, en ce sens que l'amblyopie reste incurable dans la majorité des cas. »

Au point de vue du pronostic, les amauroses albumi-

1. Art. *Grossesse*, au *Dict. Encycl. des Sc. Médic.*, p. 142.
2. Berger. In *Troubles de la vue et path. générale*, p. 256.
3. Panas. In *Tr. des mal. des yeux*, vol. I, p. 734.

nuriques commandent également leur division en deux classes :

1° Les amauroses gravido-toxiques, pures, symptômes de l'hépato-toxémie gravidique ;

2° Les amauroses néphréto-gravidiques, qui toutes deux reconnaissent des altérations de la rétine et quelquefois du nerf optique.

C'est au sujet de ces rétinites albuminuriques que Fordyce Barker (1) s'exprimait en ces termes : « Vous n'êtes pas sans avoir observé que la plus grande inquiétude dont témoigne devant vous la malade se rapporte au recouvrement de sa vue, et vous vous demanderez alors tout naturellement : Quel encouragement suis-je en droit de lui donner ?

Quoiqu'on ait cité peu de cas de retour complet de la vision quand l'albumine l'a sérieusement altérée, durant la grossesse, j'en ai cependant vu plusieurs où la guérison avait été complète. »

S'il ressort aujourd'hui des nombreux ouvrages qui ont traité la question, que la rétinite albuminurique est loin d'être incurable, encore faut-il savoir dans quels cas elle apporte le plus de chances de guérison.

L'accord sur ce point est pour ainsi dire réalisé et les auteurs sont unanimes à proclamer qu'il y a lieu à distinction.

C'est à l'amaurose albuminurique, procédant du mal de Bright ou d'une affection rénale antérieurement

1. F. Barker. In *Traité des Affect. puerpérales*, p. 77, cité par Scott, in *Trans. Ohio. med. Soc.*, 1875, XXX, p. 100.

contractée, mais exagérée par l'actuelle grossesse qu'on s'accorde à rapporter les désordres les plus graves et les lésions irrémédiables. L'atrophie de la papille et celle du nerf optique représente quelquefois le stade terminal de la névrite qui, ici, accompagne, presque toujours à un degré plus ou moins prononcé, les lésions rétiniennes : c'est alors la cécité complète et sans appel. Le plus ordinairement, on n'a pas à déplorer une aussi funeste terminaison, mais il persiste de l'amblyopie avec atrophie papillaire et la malade qui voit encore suffisamment clair pour vaquer à ses occupations journalières, aux gros travaux du ménage, ne peut se livrer à des besognes plus fines et plus minutieuses, exigeant une vision plus aiguisée : la couture, la lecture un peu prolongée, l'écriture, deviennent sinon impossibles, du moins très malaisées.

Quand la guérison s'obtient et encore avec un déficit toujours constaté, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois et même après des années, au cours desquelles la malade s'est cent fois laissée aller au désespoir de jamais recouvrer une vue suffisante.

Les médications semblent tenues en échec et les progrès vers le mieux marchent avec une telle lenteur qu'on se lasse des soins les plus intelligents.

C'est ici le lieu de rééditer l'opinion exprimée par Panas (1) : « Lorsque l'affection se rattache à une néphrite interstitielle, à l'ictère grave ou à l'impaludisme, une cécité définitive est souvent à craindre soit d'em-

1. Panas. *Traité des maladies des yeux*, 1894, vol. I, p. 636

blée, soit à la suite de retours offensifs qui aboutissent à l'atrophie de la rétine et du nerf optique. »

Axenfeld (1) insiste, en 1895, sur la division en deux catégories des albuminuries gravidiques et sur la gravité de l'atteinte rétinienne, quand l'amaurose est le fait d'une rétinite gravido-néphrétique, c'est-à-dire dépendant d'une altération rénale préexistante.

Lagrange (2) dit que de toutes les rétinites albuminuriques, la variété gravidique est celle qui a la moins mauvaise réputation : « La rétinite gravidique a beaucoup plus souvent que les autres une terminaison favorable à condition qu'elle soit dépendante de l'état de grossesse et non pas d'une néphrite antérieure préexistante. »

La part de responsabilité dans les dégâts qui ressortissent à l'une et à l'autre albuminurie est désormais nettement établie. La rétinite gravido-néphrétique comporte un pronostic toujours sérieux *quoad visum* et quelquefois *quoad vitam*. La restauration des fonctions visuelles, toujours imparfaite, exige des soins longs et continus.

La rétinite qui dépend de l'albuminurie gravidique se termine presque toujours par la guérison ; les altérations rétiniennes restent susceptibles de régresser, même lorsqu'elles sont prononcées. « Mackenzie, a écrit Panas en 1894, signale des femmes, qui, ayant eu à chaque

1. Axenfeld, In *Monatsch. für gebürts. und gynœk.*, 1895, t. II, 6e fasc., p. 520.

2. Lagrange et Valude. *Encycl. ophtalmol.*, Paris 1906, article *Rétinite. album.* par Dufouret Gonin, vol. VI.

grossesse de l'amblyopie, n'en ont pas moins recouvré une vision suffisante, sinon parfaite. »

Pendant la grossesse, la réaction de l'organisme au régime lacté peut indiquer quelles sont les tendances de la maladie. Sa disparition, avait déjà dit Scott, est d'un favorable augure et il ne faut s'attendre à rien de bon, si en dépit de ce régime le taux de l'albumine ne baisse pas et les troubles visuels ne s'atténuent pas dans quelque mesure. On a vu cependant les troubles de la vue s'intensifier, même après la diminution constatée de l'albumine dans les urines.

Habituellement après la grossesse, l'albumine décroît en même temps que les troubles oculaires s'amendent. « Mais, fait remarquer Coudray (1), si les accidents marchent rapidement, si l'albuminurie persiste malgré la cessation de la grossesse, il y a tout lieu de craindre la persistance de la cécité et l'impuissance de la thérapeutique. »

« Ordinairement, proclame Stevens (2), l'albumine disparaît de l'urine aussitôt après la fin du travail et au même moment les fonctions reviennent à leur état normal. » Il est clair qu'il s'agit ici de l'albumine gravidique pure.

Culbertson (3) est d'avis que l'on doive formuler un pronostic extrêmement grave, quand, la gestation terminée, les cylindres persistent dans l'urine.

1. Coudray. *Th. de Paris*, 1899.

2. Stevens. In *Trans. of. obstet. soc. of Cincinnati*, 1878, XI, 291-302.

3. Culbertson. In *The Amer. J. of opht.*, t. XI, p. 133, 1894.

Certains auteurs interprétèrent en bonne part, la réapparition des règles après l'accouchement.

Loring (1), en 1882, avait émis cet avis : « Après la délivrance, il y a de l'amélioration quand les menstrues réapparaissent. » Culbertson (2) écrit d'une accouchée que son urine contenait des proportions toujours moindres d'albumine à chaque examen et que sa vue allait s'améliorant d'une façon sensible. « A cette même époque, poursuit-il, ses règles réapparurent et furent suivies d'une amélioration de la vue plus considérable encore. »

A un autre point de vue, Howe (3) disait avoir observé que lorsque la vue ne commence à être atteinte que dans les deux dernières semaines de la grossesse, la guérison suit presque invariablement. Par contre, les amauroses rétiniennes qui sont décrites comme débutant avant le huitième mois ne guérissent pas dans la moitié des cas ; plusieurs même ne s'améliorent pas matériellement.

Il est intéressant de reproduire en ce même endroit les deux statistiques qu'a publiées Culbertson (4) en 1894.

La première est effectuée sur un total de trente-six cas de rétinite albuminurique gravidique. Le pourcentage donne les chiffres suivants :

1. Loring. In *Culbertson, loc. cit.*
2. Culbertson. *Loco citato.*
3. Howe. In *The Amer. Journal of ophtal.*, 1885, p. 111.
4. Culbertson. In *Ann. J. of ophtalm.*, 1894, p. 133 et p. 197.

Dans neuf cas, les lésions ont amené une cécité irrémédiable, soit 24,99 0/0.

Vingt et un malades ont pu bénéficier d'un rétablissement partiel de leur vision, soit 58, 31 0/0.

Six enfin ont fini par guérir, soit 16, 66 0 0.

La deuxième statistique, établie quelques mois plus tard, soulève d'identiques constatations. Elle porte sur un total de quarante-trois cas.

Dix ont abouti à la cécité définitive, soit 23 0/0.

Dans vingt-cinq autres, on a enregistré le recouvrement partiel de la vue, soit 58, 25 0/0.

Enfin, huit fois l'affection s'est terminée par la guérison, soit 18, 54 0/0.

Monthus (1), dans sa thèse inaugurale, est également persuadé de tout le dommage que la vision peut éprouver du fait de l'altération de la rétine, sous l'influence albuminurique et s'attache à montrer que la guérison n'est pas, quoi qu'on ait pu dire, exceptionnelle.

Quant au décollement de la rétine, son pronostic paraît ici plus favorable que dans les cas de décollement en dehors de la gravidité. Cette complication a de rares fois entraîné la perte de la vue, alors que la rétine était revenue à sa place normale. Dans le cas publié par Guende, sa malade, atteinte de rétinite avec décollement des deux rétines, a bénéficié du mode de terminaison le plus fréquent qui est aussi le plus heureux.

Faut-il enfin nous étendre sur le degré de vision compatible avec les atteintes rétiniennes de la grossesse ?

1. Monthus. Thèse Paris, 1901.

Nous ne tenterons pas ici de le déterminer d'une manière précise et nous nous contenterons de rapporter ce qu'a formulé sur ce point Guende, de Marseille (1) : « Qu'il nous suffise de dire que si le retour complet à la vision normale a été observé, il est de règle que l'on doive se contenter d'une manière générale d'une acuité visuelle qui, quoique inférieure à l'acuité normale, permette de vaquer aux occupations de la vie courante. »

Si, à l'occasion d'une première grossesse, troublée par l'amaurose, on a pu se demander, non sans inquiétude, ce que réserve l'avenir immédiat, la question se pose, non moins angoissante, au sujet des atteintes nouvelles qu'une suivante grossesse peut infliger à la vision déjà éprouvée.

C'était déjà le souci de Scott (2) en 1875 : « C'est à ce propos, écrivait-il, que se pose une question du plus haut intérêt. Est-ce qu'une femme ayant déjà subi une première atteinte, y sera, de ce fait, plus volontiers sujette, lors d'une grossesse subséquente ? »

On ne le crut pas pendant longtemps et l'on avait à l'égard de l'amaurose cette même croyance désuète qu'on avait pour l'albuminurie : qu'une femme ayant eu de l'albumine à sa première grossesse en serait complètement débarrassée à la suivante (Scott).

Quant à Scott il croit avoir remarqué que ces états

1. Guende. In *Recueil d'opht.*, 1898, p. 615.

2. Scott. In *Médical and Surgical Reporter. Philad.*, 1875, XXXIII, p. 284.

de la vue sont plus habituels chez les primipares. « Et puis, ajoute-t-il, nous avons vu que chez la primipare, ces circonstances peuvent se présenter une fois et ne pas réapparaître dans des conditions semblables. »

Williams (1) pensait de même: « Par bonheur, attestait-il, le fait de la cécité qui survient pendant une période puerpérale n'implique point la probabilité de son retour chez le malade, quand les mêmes conditions se reproduiront. »

Notre façon moderne d'envisager ces choses diffère notablement de l'ancienne; nous pensons aujourd'hui qu'un organe, une première fois touché, constitue un de ces points faibles de l'organisme, un lieu de moindre résistance. Infériorisé dans ses moyens de défense, fonctionnellement réduit, il sera, on peut dire, le point de mire de tous les facteurs de morbidité et d'avance sacrifié. C'est ce qui arrive, presque à coup sûr, pour l'œil une première fois affecté.

Cette seconde attaque sera-t-elle plus pernicieuse ?

« Presque tous les oculistes, répond Culbertson, sont d'accord sur ce point que le danger pour la vue est grandement accru, si la femme devenait enceinte une deuxième fois, ayant souffert d'une rétinite ou d'une névro-rétinite à sa maternité précédente. »

Lagrange (2) ne croit pas devoir se montrer plus optimiste : « Un œil dont le nerf optique a souffert

1. Williams. In *Boston med. and Surg. Journal*, 1873, LXXXIX, p. 373.

2. Lagrange. *Encycl. opht.*, art. *Rétinite albuminurique* par Dufour et Gonin, t. VI, p. 822.

dans une première grossesse, risque fort de devenir aveugle dans une grossesse ultérieure. Il y a cependant des exceptions et l'on a vu la deuxième grossesse se terminer sans complications oculaires chez une femme qui, précédemment, avait été atteinte d'une rétinite gravidique particulièrement grave. » Les cas rapportés par Weber en 1873, Alt en 1894, Axenfeld en 1895, attestent de la réalité de ces faits.

Amaurose éclamptique.

Cette amaurose dont il n'existe dans la littérature médicale française et étrangère qu'une dizaine d'observations typiques, a été bien décrite ces temps derniers par Sourdille, de Nantes, et c'est à son travail que nous ferons les plus larges emprunts.

On avait dit et répété que l'amaurose éclamptique était aussi vite disparue qu'elle s'était manifestée brusquement. Cette appréciation de la durée est sans doute exacte en ce qui concerne les troubles visuels fugaces, qui sont l'accompagnement pour ainsi dire obligé des accès éclamptiques et qui fort probablement trouvent leur origine dans une hypertension artérielle momentanée, créée par les efforts convulsifs. Nous avons dit plus haut ce que nous pensions de ces accidents légers et nous restreindrons l'application du vocable « amaurose » à une courte série de cas, où les désordres visuels ne sont pas sans apporter de craintes pour l'avenir.

Ici, la marche de l'affection est plus lente : « Si la ma-

lade n'a pas succombé, dit Sourdille (1), la cécité, loin de disparaître avec les accès, persiste en général plusieurs jours, de quatre à quinze jours, d'après la moyenne des observations. »

Contrairement à ce qui est enseigné, le retour à la vision n'est pas brusque, mais lent et progressif ; pendant plusieurs semaines au moins, l'acuité visuelle reste très défectueuse, oscillant entre 1/12 et 1/8 ; c'est seulement peu à peu que la malade recouvre une vision convenable. Même lorsque l'acuité visuelle est revenue à peu près à la normale, la malade continue à éprouver pendant un long temps une certaine paresse de l'accommodation, qui rend impossible tout travail appliqué et suivi.

Dans toutes les observations que j'ai pu compulser, l'affection s'est terminée par la guérison. Dans quelques rares faits cependant, il est noté que la vision, après être revenue un certain temps se perdit peu à peu. Mais cette terminaison funeste ne tient pas à l'éclampsie elle-même : les amauroses éclamptiques qui ne guérissent pas ne sont pas pures ; ce sont des amauroses compliquées et en effet, des hémorragies rétiniennes, une atrophie des nerfs optiques ont été signalées qui expliquent très bien ces anomalies dans la marche de l'affection.

Il arrive également que parallèlement à l'amaurose éclamptique s'installe une névro-rétinite albuminurique qui évoluera pour son propre compte. Cette dernière

1. Sourdille. In *La cliniq. ophtalm.* Paris, 1898, p. 217.

complication donne lieu à un pronostic des plus sombres.

En somme, en ce qui concerne la vision, le pronostic de l'amaurose éclamptique ne laisse pas que d'être favorable, si nulle autre altération ne l'accompagne. Aussi un examen de l'œil s'impose-t-il. Si après l'attaque, cet organe ne laisse paraître à l'ophtalmoscope aucune altération, il faut escompter une guérison certaine, quoique en certains cas lente à venir. Si, après l'accouchement, des urines qui contenaient de l'albumine en sont encore chargées et plus abondamment peut-être, il convient de garder quelques réserves, car on peut à bon droit supposer une néphrite sous-jacente à ces troubles visuels, néphrite qui, à tout moment, est susceptible de déterminer des lésions souvent irrémédiables.

Amauroses urémiques.

Cette forme, moins explicitement décrite par les auteurs ne semble pas comporter un pronostic beaucoup plus sérieux que la précédente, de laquelle, peut-être, elle n'est pas à séparer.

Berger (1) fait savoir que l'amaurose persiste tantôt de douze à quatorze heures, tantôt de deux à trois jours, et qu'après sa disparition, l'acuité visuelle redevient normale.

Cependant l'on a noté des cas où l'amblyopie, succédant à l'amaurose initiale, s'est définitivement installée.

1. Berger. *Loc. citato*, p. 388.

On peut alors, selon Panas, presque toujours déceler à l'ophtalmoscope de l'atrophie pupillaire à des degrés divers.

Quand l'amaurose urémique a récidivé plusieurs fois, il faut craindre l'atrophie optique, souvent bilatérale, qui a pour conséquence une cécité absolue et définitive.

Amblyopie réflexe.

C'est d'après Knaggs (1) que nous formulerons le pronostic : « De l'étude de ces deux cas, résume-t-il, il semble qu'on ait à redouter bien des dangers de la part de cette forme d'amblyopie, quand elle apparaît dans le cours d'une grossesse, car elle dégénère en une atrophie du nerf optique et une cécité complète si l'on permet à la grossesse d'évoluer normalement. » Mais on la guérit presque certainement, si l'on fait appel à un traitement approprié et institué en temps opportun.

Diagnostic.

Le début insidieux, la marche lente et progressive, les lésions oculaires de papillo-rétinite avec plaques de dégénérescence graisseuse caractérisent l'amaurose brightique.

Les amauroses toxi-gravidiques avec ou sans albumine quoique plus soudaines dans leur apparition ont pu être précédées ou accompagnées de troubles rele-

1. Knaggs. In *Brit. med. Journal.* London, 1893, II, p. 731.

vant de l'altération de l'état général. On ne tarde pas à être mis sur la voie d'une insuffisance fonctionnelle du foie, que le régime lacté améliore à coup sûr.

L'amaurose éclamptique survient au cours d'une attaque d'éclampsie puerpérale; elle détermine une cécité brusque, sans lésions du fond de l'œil, avec conservation des réflexes pupillaires.

Le diagnostic positif ne comporte pas ici les difficultés qu'il peut présenter ailleurs ; il ne saurait être en effet question pour une femme enceinte de simuler l'amaurose, encore que la simulation complète de l'amaurose bilatérale soit une rareté.

Cependant, dans le sexe féminin, elle peut apparaître comme une manifestation de l'hystérie, ce qui n'est pas sans apporter quelque complication au diagnostic différentiel.

En effet l'amblyopie hystérique présente des caractères tellement rapprochés de l'amblyopie éclamptique, qu'il est au premier abord difficile de les distinguer l'une de l'autre. Sourdille nous apprend que Knies les considérait toutes deux comme relevant de causes toxiques, tant l'analogie que présentent ces deux affections est frappante.

Toutes deux, en effet, ont pour habituel mode de début d'apparaître brusquement et de déterminer d'emblée la cécité ; les réflexes pupillaires persistent ; il n'y a, de part et d'autre, constatation à l'ophtalmoscope d'aucune lésion du fond de l'œil. La difficulté de porter un diagnostic est alors à son comble, quand des crises d'hystérie accompagnent l'amaurose.

Mais c'est surtout dans la marche des deux variétés d'amauroses que nous trouverons des symptômes différentiels.

« L'amaurose hystérique, dit Sourdille (1), si elle débute brusquement, se termine aussi brusquement, laissant non une diminution de l'acuité centrale, comme l'amaurose éclamptique, mais un rétrécissement notable et concentrique du champ visuel, surtout marqué pour le violet. Elle s'accompagne en outre de troubles divers de la sensibilité et de la motilité : hémianesthésie, anesthésie du voile du palais, zones hystériques, contractures, etc. ; enfin l'impuissance du traitement, sauf de la suggestion, et la marche capricieuce de l'affection sont encore en faveur de la nature hystérique de l'amaurose.»

1. Sourdille. In *La clin. ophtalm.*, 1898, p. 218.

TRAITEMENT

En prévision des accidents très souvent graves qui viennent affecter d'amaurose la vue des femmes enceintes, il est bon de formuler, à titre préventif, des indications ayant trait à l'hygiène générale de la grossesse.

Ces indications, d'ordre tout à fait banal, sont suffisamment connues pour qu'il ne soit pas indispensable d'y insister longuement. Cependant nous les résumerons en un rapide tableau :

Une des principales règles auxquelles doive s'astreindre la femme enceinte, est d'éviter toutes les causes de fatigue, qui sont de nature à fâcheusement retentir sur son système artériel : les exercices fatigants, les mouvements brusques et violents, les besognes qui exigent une certaine dépense d'efforts musculaires seront sévèrement proscrits. Il en sera de même à l'égard de de tous les facteurs de congestion. Les fonctions digestives seront l'objet d'une particulière surveillance : on défendra les repas abondants et prolongés ; toute

menace de constipation sera combattue par des purgatifs légers ou l'usage de lavements quotidiens.

Dans le même ordre d'idées, les rapports sexuels devront être modérés et de plus en plus espacés jusqu'à cesser définitivement quelque temps avant la fin prévue de la grossesse.

Mais, par dessus tout, nous devons avoir le souci de mettre en garde les femmes enceintes contre l'atteinte de leur vision par les agents toxiques que leur organisme peut à tout moment accueillir. Aussi envisagerons-nous plus volontiers ici les pratiques que nous mettrons en œuvre, et pour nous opposer à l'imprégnation de l'économie par ces toxines, et pour les combattre avec le maximum de chances, lorsqu'elles auront déjà suscité l'amamrose.

C'est assez dire que nous avons à lutter contre ces deux facteurs morbides qui sont l'albuminurie et l'hépato-toxémie gravidique.

Le traitement préventif sera le même à l'égard de l'une et de l'autre. Si, malgré une alimentation saine et bien réglée, si en dépit de toutes les précautions prises contre la constipation, le refroidissement et le mauvais fonctionnement des émunctoires, la femme enceinte présente les petits signes du brightisme, de l'hypertension artérielle, de la pollakiurie, ou de l'albumine dans les urines, si elle atteste par des éruptions cutanées, du ptyalisme, des vomissements tenaces, de la diarrhée, qu'elle est entachée d'hépato-toxémie, une indication s'impose formellement si l'on veut éviter, en même temps que l'aggravation de ces symp-

tômes, la survenance de troubles visuels : c'est la suppression de toute alimentation liquide ou solide, au profit du régime lacté absolu, appliqué d'une façon particulière, selon le mode que nous indique Bouffe de Saint-Blaise (1) : On donnera le lait écrémé et dégraissé, coupé ou non d'une eau diurétique, par petites quantités à la fois et même au début par cuillerées à café, en espaçant les prises d'au moins deux heures. Il faut savoir que le régime lacté absolu, souverain quand la malade est docile, ne peut réussir en quelques heures, ni même en quelques jours. « Nous avons vu la première tasse de lait, observe le Dr Bouffe, ne pouvoir être tolérée qu'au bout de quatre à cinq jours. »

Malgré le reproche qu'on ait adressé au lait de contenir une trop forte proportion de chlorures, nous avons le devoir de le prescrire en telle occurrence et de l'instituer comme base d'un régime qui a donné les preuves de son efficacité. Nous savons tous aujourd'hui, que le lait, surtout dégraissé, est le seul aliment dont la digestion ne s'accompagne pas de la formation de toxines.

Mais le tout n'est pas de s'opposer à l'apport des toxines alimentaires : il faut aussi s'évertuer à débarrasser l'organisme des poisons qui déjà l'ont envahi. C'est en ce dessein que nous prescrirons les purgatifs drastiques qui tenteront de solliciter l'activité hépatique partiellement annihilée ; les purgatifs salins, crème de tartre, nitre, eau de Carlsbad balaieront l'intestin ; les

1. Bouffe de Saint-Blaise. In *prat. Méd. chir.* Paris, 1906, Art. *Grossesse.*

boissons froides et abondantes, les eaux alcalines, l'acétate de potasse, les diurétiques, assureront la meilleure perméabilité du filtre rénal et entraîneront au dehors les toxines ainsi drainées.

Les bains chauds et savonneux, le séjour dans une chambre chaude à 18°, les frictions sèches et alcooliques entretiendront la peau dans le meilleur fonctionnement de ses glandes excrétrices et par la transpiration qu'ils provoquent, contribueront à l'élimination tant souhaitée des poisons gravidiques.

Les troubles généraux, dont nous avons fait plus haut la brève énumération, traduisent une atteinte déjà sérieuse de l'organisme et nous ne devons pas attendre que même les plus légers d'entre eux se soient manifestés pour avoir à nous inquiéter de la menace de tels accidents. La tâche du médecin est de chercher à dépister l'intoxication à ses débuts et nous savons tous qu'une excellente pratique consiste à systématiquement examiner les urines des femmes enceintes, dès les premiers mois de la grossesse. C'est ainsi que nous dévoilerons les albuminuries de toute nature.

Mais des ophtalmologistes sont d'avis que cette analyse urinaire ne suffit pas et qu'elle doit se compléter d'un examen ophtalmoscopique, chez toute femme enceinte, alors qu'elle ne se plaindrait d'aucun malaise de ce côté.

Le Dr Pooley (1) dit à ce propos : « Dans tous les

1. Pooley. In *Medic. Record*, 1888, XXXIII, p. 96.

cas de gestation, on ne devra pas seulement faire l'analyse des urines, il faudra encore examiner les yeux à l'ophtalmoscope, puisque dans une grande partie des cas où il y a des altérations oculaires, ces malades n'accusent pas de désordres visuels. Fréquemment des troubles de ce genre peuvent être décelés par l'ophtalmoscopie, bien avant que l'examen des urines n'ait révélé une affection des reins. »

Le Dr Edward Loring (1) ne s'exprime pas autrement : « Et pour conclure, écrit-il, je tiens à dire qu'en ce qui concerne les yeux des femmes enceintes, les examens devraient être pratiqués beaucoup plus souvent qu'ils ne le sont aujourd'hui, et cela systématiquement, alors que la malade ne se plaindrait d'aucun trouble inaccoutumé. On a découvert qu'un tiers ou plus exactement 33 0/0 de celles qui ont une lésion organique de la rétine n'ont pas ou n'accusent pas de réduction de la vue. C'est ainsi qu'une rétinite ou une névro-rétinite qui, dans sa première période, peut exister et existe souvent durant plusieurs mois, sans que la malade ou le médecin l'ait soupçonnée, peut conduire après un long intervalle, en passant par le stade atrophique, à la cécité la plus complète. »

Berger (2) en 1892, avait déjà, mais d'une façon moins pressante et sans autant de précision, dénoncé le péril et préconisé la même mesure de prudence : « Dans toutes les affections, dans tous les états physiologi-

1. Loring. In *Transact. of Amer. opht. Soc.*, 1882, III, p. 423.
2. Berger. *Loc. citato*, p. 255.

ques de l'utérus, écrivait-il, l'examen de l'œil s'impose au praticien, car l'organe de la vision peut subir plus au moins gravement le contre-coup de ces affections et de ces états. »

Traitement actuel. — Les examens successifs et réitérés dont la femme enceinte a été de notre part l'objet, la constatation de certains signes pathologiques ont pu à temps éveiller notre attention et nous mettre en défiance contre l'éventuelle amaurose ; nous avons eu tout le loisir de faire, à temps, intervenir la thérapeutique. Tel est le cas que nous venons d'envisager.

Mais, nous pouvons nous trouver en face d'un fait acquis : tantôt c'est une perte de la vue totale et subite, tantôt la vision, d'abord peu gênée, s'altère progressivement et tend vers la cécité.

Suivant la nature que nous croirons devoir reconnaître à l'amaurose, nous instituerons tel traitement qui conviendra.

Amauroses hypertensives. — Supposons-nous avoir affaire à une amaurose de nature purement congestive, à une amblyopie par hypertension ? La malade offre-t-elle un facies rouge, un aspect vultueux, ses conjonctives sont-elles injectées ; les pupilles dilatées ? On aura recours à la médication dérivative, à l'application de glace sur la tête, on prescrira des sangsues ; on a dans ces cas usé de vésicatoires et de révulsifs divers.

Panas (1) faisait sans doute allusion à des accidents de cette nature quand il écrivait : « A moins d'indica-

1. Panas. *Tr. des mal. des yeux*, vol I, p. 636.

tion spéciale, on doit s'abstenir de toute intervention locale, l'application de sangsues ou de ventouses à la tempe, conseillées par Von Graefe ne convient que dans des cas exceptionnels. »

Le massage sur toute la surface tégumentaire, les purgatifs drastiques, provoquant une congestion dérivative au niveau de l'intestin, l'administration d'iodure de sodium sont à recommander. Il est également prescrit de protéger les yeux contre toute lumière vive.

L'amaurose consécutive à des pertes sanguines abondantes et profuses, et qui se manifeste le plus souvent à la parturition, ne comporte d'autre traitement préventif que celui qui s'adresse aux dyscrasies hémorragipares. Nous avons vu qu'il n'était par rare de la voir aboutir à la cécité absolue, par le processus de l'atrophie optique.

Les ressources de la médication d'urgence s'opposeront à la continuation de l'hémorragie et à la restauration de la masse sanguine. Quant à l'atrophie, elle est justiciable du même traitement que les névrites optiques d'origine albuminuriques.

Amauroses albuminuriques gravidiques. — Nous ne reviendrons pas ici sur la question du régime que nous aurons établi d'après les données étiologiques. Par ce fait, nous combattons les effets funestes de la néphrite et de la toxémie gravidique : les purgatifs drastiques s'adresseront au foie et par leur action combinée avec celle des purgatifs salins, réduiront à leur minimum les toxines du milieu intestinal.

A côté de ces prescriptions de premier plan, il ne

faut pas négliger d'avoir recours à une thérapeutique locale : les ventouses sèches ou scarifiées derrière les épaules, l'application de la ventouse sèche d'Heurteloup à l'apophyse mastoïdienne, les badigeonnages iodés au même endroit constitueront les principales interventions dérivatives (Dufour et Gonin).

On s'adressera à des moyens adjuvants, qui pour être simples n'en sont pas moins précieux : pédiluves alcalinisés, ou acidulés par l'eau régale.

L'hygiène oculaire exige d'être représentée dans le traitement : elle veut le repos de la rétine qui sera sevrée des impressions lumineuses trop brutales ; on proscrira l'éclairage irrégulier et intermittent, les efforts d'accommodation. Des précautions seront prises pour assurer à la malade le repos de sa vue dans une chambre qu'une lumière douce et régulière éclairera faiblement ; la malade, de son côté, s'interdira la lecture et tout travail d'écriture.

Les auteurs américains ont préconisé au cours de la grossesse, certains médicaments dont ils vantent l'efficacité, surtout quand il s'agit d'amaurose en rapport avec la maladie de Bright.

« En ce qui concerne la prophylaxie, écrit Mac Namara (1), vous devez vous inquiéter des antécédents héréditaires ; vous vous rendrez compte de l'état de la tension artérielle. Si vous trouvez le pouls anormalement tendu et le second bruit du cœur anormalement

1. Mac Namara. In Culbertson. *Am. Journ. of. Opht.*, 1894, p. 200.

accentué, s'il y a un très léger brouillard dans la région de la rétine et du disque optique, ou s'il y a des stries blanches le long des artères rétiniennes, même en l'absence d'albumine dans l'urine, je vous conseille l'usage continu de petites doses de nitroglycérine, à défaut de laquelle on peut employer le bichlorure d'or. De la trinitrine, donnez-en 1/150e à 1/100e de grain, trois fois par jour, jusqu'à la fin de la grossesse, si c'est nécessaire ; si ces doses ne diminuaient pas la tension du pouls, je vous recommande d'en donner de plus fortes et plus fréquemment répétées. »

Fordyce Barker (1) parle aussi d'un médicament dont on peut beaucoup attendre en telle occurrence et qui est la nitroglycérine. « Son effet est de réduire rapidement la tension artérielle et de calmer le spasme des artérioles cérébrales : elle apaise ainsi merveilleusement la tempête nerveuse caractéristique de ces malades. »

Le Dr M. Robson (3) dans son article du *British medical Journal*, en 1881, recommande hautement la trinitrine quand l'albuminurie relève d'une affection valvulaire du cœur et qu'il y a de l'hypertrophie compensatrice. Dans le cas où il n'y a pas hypertrophie, Culbertson (3) croit qu'il est préférable d'avoir recours à la digitale, au strophantus, au muguet.

Dans le but de ramener la tension artérielle à la normale, on use plus communément en France d'iodure de sodium et d'iodure de potassium.

1. F. Barker. In Culbertson, p. 201.
2. Robson. In *British. med. Journal*, 1880, p. 803, II.
3. Culbertson. *Loc. citato.*

Encore que de nombreux praticiens considèrent comme inefficaces, partant inutiles, les traitements médicaux quels qu'ils soient, il est bon de se poser la suivante question : « Dans quelle mesure faut-il avoir recours au traitement médical? N'y a-t-il pas inconvénient à le prolonger au delà d'un certain délai ? »

Plusieurs cas se peuvent présenter.

Une femme enceinte, en proie à des troubles amaurotiques, vient consulter à leur propos. Le médecin apprend qu'elle n'a pas suivi le régime qui convenait, par ignorance ou négligence. Il est alors de toute nécessité d'instituer le régime lacté absolu et d'en surveiller les effets. Si la vue ne paraît pas en bénéficier, on écarte du moins de la femme tout danger imminent d'éclampsie.

Si malgré le régime, les précautions d'hygiène et la médication mise en œuvre, les altérations de la rétine progressent, si la vision s'obscurcit, le taux de l'albumine augmentant ou diminuant dans les urines, que faut-il faire ?

En ce point les opinions les plus diverses se donnent libre cours.

David (1), dans sa thèse, nous apprend que Bosley Thomas n'hésitait pas à donner le conseil de provoquer l'accouchement en présence d'amaurose et d'amblyopie gravidiques.

Cette pratique se fondait sur la constatation que plusieurs cas de rétinite albuminurique chez la femme gra-

1. David, Thèse Paris, 1896.

vide avaient été favorablement influencés par l'interruption de la gestation.

Bien que l'accouchement prématuré artificiel soit entré dans la pratique, ce n'en est pas moins une intervention sérieuse; aussi, les auteurs se sont-ils évertués à se tracer une ligne de conduite, chacun d'après sa propre expérience.

D'aucuns, comme Richardson (1) se décideront à le pratiquer, si l'albuminurie persiste en dépit de tout traitement.

Culbertson (2) s'exprime ainsi : « Je tiens à dire que je juge convenable de ne s'adresser à la médecine que pendant un temps très court ; s'il ne survient pas d'amélioration bien nette, il faut avoir recours à l'accouchement provoqué, dans l'intérêt de la vue de la mère et peut-être dans l'intérêt de sa vie. »

L. Howe (3) rapporte les opinions d'accoucheurs, tels que les professeurs Elliot, Lusk, Playfair, Fadyce Barker qui tous préconisent la provocation du travail précoce.

Kilian (4) résume ses impressions sur 161 opérations de ce genre et dit que « bien plus de la moitié des enfants sont sauvés, avec, pour la mère, l'insignifiante mortalité de 1 pour 50 ».

Le Dr Pooley (5) se montre parmi les plus affirmatifs :

1. Richardson. Cité par Coudray. Thèse Paris, 1899.
2. Culbertson. In *The Amer. J. of. ophtalm.*, 1894, p. 136.
3. Howe. In *The Amer. J. of. opht.*, 1885, II, p. 112.
4. Kilian. Cité par Culbertson, *loc. citato*.
5. Pooley, In *Med. Record*, 1888, XXIII, p. 93.

« Dans la névro-rétinite, assure-t-il, la provocation du travail prématuré n'est pas seulement justifiable, elle est exigée, ordonnée. Dans quelques cas, il est prescrit d'y recourir, même dans les premiers mois de la grossesse. Elle s'impose également dans les cas où les troubles visuels se sont répétés lors de grossesses successives. »

Knaggs (1) opine dans le même sens : « Il est de la plus haute importance, que, lorsque chez une femme enceinte, un trouble visuel tend à s'accroître, elle soit examinée avec soin. Plus longtemps on laisse évoluer la grossesse, plus grand est le danger d'un déficit permanent de la vision. »

Mac Namara (2) appuie fortement cette manière de voir : « En ce qui concerne la vue, écrit-il, chaque semaine d'ajournement de l'accouchement, après que les symptômes d'une rétinite progressant rapidement, se sont déclarés, accroît le risque d'une perte irrémédiable de la vision, car les lésions destructives de la rétine sont de nature à faire des enjambées soudaines, rapides et définitives. »

Hobby (3) en 1894 rapporte l'observation d'une femme enceinte, affectée de rétinite albuminurique et qui, malgré son insistance, refusa l'intervention ; elle mourut dans une crise convulsive, en accouchant d'un enfant mort.

1. Knaggs. In *The Bristish med. Journal*, 1893, II, 731.
2. Mac Namara. In Culbertson. *Am. J. of. opht.*, 1894, p. 198.
3. Hobby. In *Amer. J. of. Ophtalm.*, 1894, t. XI, p. 261.

Durant cette période, on n'avait pas en France laissé cette question dans l'ombre.

Bousseau, dans sa thèse, rapportait des cas de rétinite gravidique que l'interruption de la grossesse avait arrêtés dans leur évolution.

Le professeur de Lapersonne (1) fit, en 1888, part à la Société Française d'Ophtalmologie des bons résultats de cette intervention, en cette occurrence et vantait les succès d'une telle pratique.

En 1888, le professeur Pinard (2) faisait en quelques lignes, l'exposé de la conduite à tenir, en pareil cas : « Quand chez une femme enceinte, primipare ou multipare, on a constaté l'existence d'une albuminurie grave (anasarque, *troubles persistants de la vue*) et que sous l'influence du régime lacté absolu, continué pendant huit jours au moins, l'albumine « ne diminue pas ou continue à faire des progrès, alors que les symptômes s'aggravent, on doit, dans l'intérêt de la mère, interrompre le cours de la grossesse. »

Panas (4), en 1894, formule des restrictions : « Contre l'amblyopie gravidique tenace, dit-il, on a proposé de provoquer l'accouchement, ce qui ne réussit pas toujours, outre que parfois la rétinite apparaît chez des parturientes. »

Meyer et Kristeller (3) ont, en effet, cité des cas, où

1. De Lapersonne. *Soc. Franç. d'opht.*, mai 1888.

2. Pinard. In Varnier. *Revue pratique d'obst. et d'hygiène de l'enfance*, 1888, octobre p. 290.

3. Panas. In *Traité des mal. des yeux*, vol. I, p. 638.

4. Meyer Kristeller, cités par Dufour et Gonin. *Encycl. opht.*, 1906, t. VI.

malgré l'amélioration de l'état général et la régression partielle des foyers rétiniens, il est arrivé que la vision continua à baisser jusqu'à la cécité plus ou moins complète.

Silex (1) pense qu'on doive avoir recours à l'accouchement prématuré, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une néphrite chronique qu'on juge devoir être aggravée par la grossesse.

Axenfeld (2) reprochant à Müller et à Cohn Salo de n'avoir, dans leurs travaux, fait mention d'aucune indication précise touchant l'opportunité d'interrompre la grossesse, loue pleinement Silex « dont l'ouvrage est en tous points remarquable ». Lui-même n'admet l'intervention opératoire que si, dans le cours d'une néphrite chronique, la vision est descendue au-dessous de un sixième ; il faut encore, pour cela, que l'on croie avoir des chances d'obtenir un enfant vivant. Cette dernière condition avait déjà provoqué les remarques de Stevens (3) en 1878.

Silex à nouveau et Sandmann admettent que l'indication est plus pressante, lorsque la rétinite survient dans les premiers mois de la grossesse et que l'ophtalmoscope fait reconnaître que les vaisseaux rétiniens sont déjà le siège d'altérations. Howe avait émis en 1885 une opinion à peu près semblable : « Il me semble qu'on puisse, à juste titre, avancer que la pro-

1. Silex. In *Berliner klinische Woch.*, 1885, nº 18, p. 385.
2. Axenfeld. In *Monatsch. für gebürts und gynæk.*, 1895, p. 516.
3. Stevens. In *Amer. J. of. obst.*, 1878, XI, p. 300.

vocation du travail est justifiée dans la rétinite, lorsqu'elle survient à une époque relativement peu avancée de la grossesse et qu'elle persiste en dépit d'un traitement approprié ; mais elle n'est pas de mise dans les dernières semaines, en dépit de la plus grande facilité avec laquelle elle s'accomplit, à moins que l'inflammation soit exceptionnellement sévère. »

C'est enfin le devoir du médecin de terminer au plus tôt l'accouchement, et de déconseiller une nouvelle grossesse, s'il veut mettre sa malade à l'abri d'une néfaste récidive.

Après que la grossesse en est venue à sa fin, soit naturellement, soit par la voie de l'interruption artificielle, on doit entourer de soins physiques et moraux la femme enfin débarrassée de son fardeau fœtal.

Tout d'abord le calme de l'esprit lui est indispensable. « Le repos de la vue et le calme de l'âme », disait Sichel. Culbertson insiste tout particulièrement sur ce point : « Je tiens à insister, disait-il, sur toute l'importance qu'il y a, à éloigner des malades souffrant de rétinite albuminurique tout ce qui peut leur causer de la tristesse ou du choc moral, car tout ce qui agite le système nerveux constitue un danger de plus pour les yeux. »

La vue doit être également protégée entre les à-coups d'un éclairage irrégulier ou contre l'atteinte d'une lumière trop éclatante. Aussi doit-on conseiller en pareil cas, le port de verres noirs et le séjour dans une chambre à éclairage atténué. Des verres légèrement con-

vexes pourront à une époque plus avancée faciliter la lecture (Sourdille).

La lutte contre l'atrophie optique doit être une préoccupation de premier plan ; on aura recours, dans ce but, à la strychnine sous ses différentes formes, en injections temporales sous-cutanées ou en ingestion buccale ; à l'iodure de sodium ; à l'électrisation localisée ; les frictions alcooliques, les ventouses sèches ou scarifiées à l'apophyse mastoïde rendent de grands services. Certains auteurs conseillent l'emploi de médicaments à base de phosphore et les sels de fer : la teinture de perchlorure de fer est fréquemment employée par les Anglais.

Le régime lacté sera enfin poursuivi jusqu'à ce que toute trace d'intoxication générale ait disparu de l'économie.

Le traitement de l'amaurose urémique et de l'éclamptique exige que l'on s'attaque d'abord aux causes toxiques, que l'on combattra par le régime lacté et les purgatifs. Pooley (1) est d'avis que dans les cas d'amauroses urémiques, sans altérations visibles à l'ophtalmoscope, même si les symptômes qui en sont l'habituel cortège sont absents, on doive sur-le-champ prévenir leur survenance ; ici la provocation immédiate du travail prématuré est indiquée sans attendre que la vie aussi bien que la vue de la malade soit en danger.

En cas d'attteintes rétiniennes décelées par l'ophtalmoscope, les indications sont les mêmes que celles pré-

1. Pooley. In Culbertson. *Amer. J. of. opht.*, 1894, p. 200.

cédemment énoncées pour le traitement des rétinites albuminuriques de la grossesse : iodure de sodium, strychnine, électrisation localisée.

En ce qui concerne les amauroses dites réflexes, Knaggs (1) croit que l'interruption de la grossesse est motivée par les considérations suivantes : « Si les résultats d'examens soigneux et réitérés montrent :

1° Que l'acuité de la vision diminue rapidement.

2° Qu'il y a un rétrécissement concentrique du ou des champs visuels et que ce rétrécissement s'accentue ;

3° Que la perception des couleurs est altérée ;

4° Et qu'il n'y a pas d'altérations du fond de l'œil visibles à l'ophtalmoscope.

Ce pronostic en ce qui concerne la vue est très sérieux. La période d'expectation du traitement est passée : il faut, sans délai, provoquer l'accouchement. Attendre, c'est faire courir à la malade le risque d'une cécité permanente ; intervenir, si l'amblyopie n'est pas par trop avancée, c'est assurer la guérison. »

1. Knaggs. *Loc. cit.*

OBSERVATIONS

Observation I

Personnelle. Prise dans le service du Dr Champetier de Ribes à la maternité de l'Hôtel-Dieu.

Mme J..., vendeuse aux Halles, primipare, âgée de 36 ans, se présente à la maternité de l'Hôtel-Dieu le 7 décembre 1906, à 2 h. 15 de l'après-midi pour y solliciter son admission: elle explique que la veille au soir à 4 heures, elle a soudainement perdu la vue.

Interrogée sur ses antécédents héréditaires, elle nous répond que son père est mort à 64 ans d'un cancer d'estomac, et que sa mère est actuellement vivante et en bonne santé.

En ce qui la concerne, elle dit avoir eu la rougeole et la coqueluche alors qu'elle était en bas âge, vers 3 ans environ.

Depuis quatre jours, elle se plaint d'être en proie à une céphalée intense et localisée à la région frontale : subitement le 6 septembre, dans l'après-midi, elle cessa de voir clair.

Ses dernières règles ont pris fin le 20 avril 1906 et jusqu'à ces derniers temps rien d'anormal n'était venue troubler sa grossesse. Aussi n'était-elle jamais venue consulter.

La hauteur de l'utérus est de 26 centimètres; l'examen des urines montre qu'elles contiennent une très forte proportion d'albumine.

Quant à l'amaurose, elle est complète ; la malade ne distingue absolument rien, pas même le jour de la nuit.

Examen obstétrical:

Présentation: sommet.

Engagement: non effectué.

Position et variété: O. I. G. A.

Bassin: normal.

Auscultation: Bruits du cœur très sourds et irréguliers.

En présence de phénomènes oculaires aussi graves, on décide de provoquer immédiatement l'accouchement. A 4 h. 1/4 on passe la série des bougies de Hégard jusqu'au n° 24; puis un ballon de Champetier, de moyen volume est porté dans le col. La malade est bientôt prise de douleurs, d'abord très espacées; la dilatation est d'environ 3 centimètres.

8 *décembre.* — De 1 heure jusqu'à 4 heures, on fait varier les dimensions du ballon, qui vers 4 heures est complètement rempli.

Au moment de l'introduction du ballon, après le passage des bougies, la malade est prise d'un accès d'éclampsie, les inhalations de chloroforme prolongées, avec intervalles de repos, s'opposent à la survenance d'accès nouveaux. On continue le chloroforme jusqu'à la délivrance, cependant que des lavements de chloral sont administrés.

De 1 heure à 4 heures, en même temps que l'on fait varier les dimensions du ballon, on diminue et on espace les inhalations de chloroforme; les douleurs se rapprochent notablement et deviennent plus intenses.

A 7 heures, on modifie encore le volume du ballon, qui à 8 h. 20 est expulsé.

A 9 heures, la tête se présente, accompagnée d'un bras procident, que l'on relève pour faciliter l'engagement.

A 9 h. 20, application de forceps et extraction d'un enfant du sexe masculin, mesurant 41 centimètres, pesant 1.530 grammes et couvert de phlyctènes sur toute la surface du corps et des membres ; il succombe peu après.

A 10 h. 15, le placenta est sorti ; il pèse 330 grammes. Une injection intra-utérine est alors pratiquée sous chloroforme, immédiatement après la délivrance.

La malade ne tarde pas à reprendre connaissance. Elle est toujours aveugle, mais elle prétend avoir une certaine sensation de la lumière.

Les pupilles sont en myosis ; elles réagissent à la lumière. Le réflexe consensuel est présent.

Le Dr Cerise qui pratique à ce moment l'examen du fond de l'œil ne trouve ni œdème papillaire, ni hémorragies rétiniennes; mais l'examen est rendu très difficile par le myosis.

Vers 2 heures, la malade dit qu'elle commence à apercevoir les objets, mais ils lui apparaissent comme enveloppés de brumes ; la vision, dès lors, se fait de plus en plus nette.

9 *décembre.* — Ce matin, on trouve que les pupilles continuent à bien réagir ; la vision est bonne.

Un nouvel examen du fond de l'œil est pratiqué; après instillation d'atropine, on constate un œdème très léger de la papille, moins marqué à gauche qu'à droite.

L'état physique est des plus satisfaisants ; et l'état mental ne comporte rien d'anormal.

Les urines contiennent toujours de l'albumine, mais en bien moins grande quantité.

Vers 6 heures du soir, le malade est de nouveau en proie à une céphalée assez forte, accompagnée de nausées. La température monte à 38°2. On prescrit un lavement de chloral.

10 *décembre.* — L'état général s'est sensiblement amélioré, mais l'urine est toujours quelque peu albumineuse.

L'état de l'œil reste le même, et jusqu'au 14 décembre, date de sa sortie, la malade va s'améliorant progressivement. Cependant à son départ, sa santé générale n'était pas très affermie et elle présentait encore vers le soir un peu d'hyperthermie.

Observation II

(Ringland, in *Dublin med., Press.*, 9 février 1848, p. 84).

Un cas d'amaurose survenue au cours de la grossesse.

Élisa Anne K..., 24 ans, demeurant 158, New-Street, mariée depuis trois ans et demi à un briquetier, fut admise à la Maternité de Coombe le 24 décembre dernier, étant fort avancée dans sa première grossesse. C'est une femme d'une constitution plutôt faible, mais elle a toujours joui d'une très bonne santé et n'a guère souffert que de maux de tête durant la quinzaine qui précéda son entrée à l'hôpital ; mais cette céphalée lui paraissait tellement insignifiante qu'elle ne jugea pas nécessaire de se faire examiner, ni de se soigner, ni d'en parler lors de son entrée à la Maternité. Sa vue fut de tout temps parfaite.

Dès le moment de son admission, elle n'eut que de légères douleurs utérines, à longs intervalles jusqu'à 6 heures du matin, le 26 décembre, heure à laquelle l'orifice externe commença à se

dilater. Le travail alors progresse favorablement. A 7 h. 1/2 du matin, la dilatation égalait une demi-couronne et pour la première fois, elle accusa des maux de tête et se plaignit de sa vue qui faiblissait.

A 8 heures, la dilatation quoique plus avancée, n'était pas encore complète et les membranes n'étaient point déchirées. Sa vue était alors complètement éteinte. Elle fut délivrée à 10 heures du matin après un travail très facile de seulement quatre heures après que la dilatation de l'orifice externe eut commencé. Elle n'eut d'hémorragie, ni avant, ni après le travail.

A ma visite quotidienne, le matin à 11 heures, elle se plaignait de maux de tête intolérables qu'elle disait lui traverser les yeux ; ses pupilles étaient énormément dilatées et la lumière ne les impressionnait pas ; le ventre était libre et la langue très propre ; pouls à 72 et d'allure tout à fait normale.

27 *décembre*. — Aucun changement depuis hier. Nous eûmes l'avantage de voir la malade en consultation avec le Dr Jameson. Traitement :

Hirudines vj pone sing. aures.

Abradatur capillitium.

Emplast. vesicat. magnum applicetur capiti.

Pil. hydargyr. submur cum opio tertia quoque hora.

28 *décembre*. — Consultation avec le Dr Jameson et le Dr Churchill ; la vue se rétablit, mais elle est encore très imparfaite ; quelques couleurs, le rouge particulièrement sont perçues. Quand la malade fixe longtemps un objet, sa vue se brouille. Les pupilles sont encore très dilatées, mais réagissent légèrement à la lumière. Pour tout le reste, même état qu'hier.

Continuentur pilulae.

29 *décembre*. — La malade a été vue aujourd'hui par

M. Wilde et le Dr Jameson ; la vue s'est légérement améliorée ; elle distingue mieux les couleurs ; son mal de tête cependant ne l'a pas quittée le moins du monde ; le pouls et la langue sou tout à fait bons.

Continuentur pilulae.

30 *décembre.* — Son organisme se ressent de l'influence du mercure ; la vue s'est notablement améliorée.

Omittantur medicamenta.

31 *décembre.* — Elle peut lire aujourd'hui, même les petits caractères, à une grande distance.

1er *janvier* 1848. — Elle va presque bien ; son mal de tête n'a cependant pas entièrement disparu.

2 *janvier.* — Sa vue n'est pas aussi bonne que les deux jours précédents : elle se plaint que sa vision se trouble et s'affaiblit grandement. La céphalée a beaucoup augmenté ; le pouls et la langue sont tout à fait normaux.

Hirudines IV pone sing aures et postea.

Emplast vesicat. applicetur.

Unguentum antim. tart. capiti.

3 *janvier.* — Grande amélioration ; plus de céphalée.

4 *janvier.* — Guérison ; elle va tout à fait bien ; sa vue est aujourd'hui aussi bonne que jamais.

Observation III

(Cunier, in *Bull. de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique*, 1847-1848, p. 408).

Amaurose survenue pendant la parturition.

M. V... est venu me prier mercredi soir, 15 mars, de me rendre chez lui à ving-cinq minutes de Bruxelles pour donner mes

soins à sa femme qui, disait-il, avait été frappée de cécité complète quelques jours auparavant, à la suite de la parturition. Arrivé auprès de la malade à 7 heures du soir, voici ce que m'apprit l'accoucheuse :

Le travail s'était annoncé vers 6 heures du matin. Elle se trouvait auprès de l'accouchée depuis 8 h. 1/2 ; le col de la matrice n'avait alors subi qu'une dilatation à peine appréciable ; les douleurs, qui paraissaient avoir été assez fortes jusque vers 8 heures, ne se manifestaient plus que faiblement et à intervalles éloignés. Vers 10 heures, il était survenu quelques mouvements convulsifs des muscles des extrémités inférieures et de la face ; il y avait de l'agitation, les idées paraissaient troublées. Dans le but d'activer la marche du travail et d'éviter un accès d'éclampsie, elle avait pratiqué une saignée de 8 onces, en attendant la venue du chirurgien dont elle avait réclamé le concours. Aussitôt après l'évacuation sanguine, les contractions utérines s'étaient réveillées et des douleurs très vives s'étaient déclarées ; le col n'avait pas tardé à se dilater. Entre 1 h. 1/2 et 2 heures, la poche des eaux s'était rompue ; à 3 heures l'accouchement avait eu lieu d'une manière précipitée. Presque immédiatement, M^me^ V... avait été prise de mouvements convulsifs violents, mais de courte durée ; elle s'était rejetée sur son oreiller, la face vultueuse, et privée de sentiment ; ce ne fut qu'après une heure environ que l'accouchée revint complètement à elle, en s'écriant qu elle avait perdu la vue. Les yeux étaient largement ouverts et bien qu'il fit très clair dans l'appartement, elle se croyait plongée dans l'obscurité la plus complète.

Voici ce que je notai : l'accouchée est dans une prostration absolue ; ce n'est que par intervalles qu'elle semble comprendre son état ; elle répond difficilement aux questions qui lui sont

adressées. La tête est brûlante, la face n'est nullement animée, les jugulaires sont gonflées ; les battements des carotides sont peu prononcées, pouls à 80°, extrémités froides. Les yeux sont hagards ; les conjonctives oculaires, fortement injectées, sont ecchymosées dans les angles. Les pupilles sont dilatées à ce point que l'iris n'offre plus de chaque côté qu'un anneau étroit ; nulle sensation de la lumière de la bougie promenée au devant des yeux.

Prescriptions : sangsues, glace sur la tête.

Jeudi matin, à 10 heures. — Mme V... est très calme ; ses réponses sont précises et ne se font plus attendre. Elle a dormi pendant près de cinq heures ; à son réveil, elle a eu une selle abondante. L'injection conjonctivale a pour ainsi dire disparu ; les ecchymoses ont fortement pâli ; le jugulaires sont complètement dégorgées. La dilatation pupillaire paraît n'avoir pas diminué depuis hier soir ; la vision reste abolie : cependant la malade dit reconnaître que l'obscurité n'est plus aussi prononcée, depuis une heure environ.

Vendredi 10 heures. — Calme parfait. Les pupilles ont perdu un bon tiers de leur dilatation et réagissent manifestement à la lumière. La malade reconnaît la direction des croisées et distingue les mouvements que j'exécute avec la main, sans pouvoir indiquer quel est l'objet interposé entre son œil et la umière.

A 4 h. 1/2 du soir, nous avons trouvé la famille dans la plus grande joie. Mme V... avait récupéré complètement la faculté de voir. Elle s'était endormie vers 2 h. 1/2. Son sommeil avait duré environ trois quarts d'heure. Quelques minutes après son réveil, elle s'était aperçue du retour de la vision. Elle ne pouvait d'abord croire que ce fût réel. Son agi-

tation était vive et on eut beaucoup de mal à lui faire comprendre qu'elle devait rester calme. Elle ne put retenir ses pleurs en voyant son mari. Une potion calmante, qu'elle réclama avec insistance, fut administrée.

Lorsque l'agitation fut passée, je pus examiner les yeux. Ses pupilles étaient normalement contractées et réagissaient parfaitement. Les objets étaient aisément reconnus. Mais Mme V... ne put indiquer l'heure que marquait une montre.

Samedi matin 9 *heures.* — La vision a gagné depuis hier ; il ne reste plus qu'un certain degré d'hébétude visuelle.

Lundi. — Ce matin, je me suis rendu à nouveau chez Mme V..., qui avait fait placer un pupitre sur son lit et que j'ai trouvée occupée à écrire. Elle lit aisément le caractère ordinaire d'impression, mais elle doit tenir le livre à une distance de 12 à 15 pouces. A une distance plus rapprochée, elle se fatigue immédiatement et les lettres s'embrouillent.

Observation IV

(Bomal, in *J. de Méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, 1862, XXXIV, p. 543-46.)

Dans les premiers jours de janvier 1862, on vint me prier de visiter la femme Albert T.., qui, disait-on, était devenue subitement aveugle. Je me rendis immédiatement chez celle-ci que je trouvai assise dans sa maison. C'est une vigoureuse campagnarde, âgée de 30 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Elle est mariée, mère de quatre enfants bien portants et arrivée à la fin du huitième mois de sa cinquième grossesse. Ses antécédents n'accusent qu'une fièvre

typhoïde survenue après sa première couche ; à part cela, sa grossesse ainsi que ses couches ont toujours été exemptes d'accidents ; elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Elle me raconte qu'après avoir fait quelques kilomètres de chemin, par le temps froid qu'il faisait ce jour-là, elle avait pris son déjeuner et, que celui-ci à peine terminé, elle avait subitement et complètement perdu la vue, aucun phénomène morbide n'ayant d'ailleurs précédé, ni accompagné cet accident. Il était alors 9 heures du matin. Je visitai la malade à 2 heures de l'après-midi.

La face est rouge et exprime une vive inquiétude. La malade accuse une céphalalgie assez intense, mais il n'y a ni vertige, ni pesanteur de tête, ni tendance au sommeil, ni obtusion de l'intelligence, aucun des signes souvent réunis de la congestion cérébrale au premier degré.

La vue est complètement abolie : la malade ne peut pas distinguer si l'on interpose ou non entre elle et la lumière. Les deux yeux paraissent sains, nullement injectés ; les pupilles sont largement dilatées, immobiles et noires. Tous les appareils soigneusement examinés ne présentent rien d'anormal. Le pouls a son rythme ordinaire, il est large et fort. Il n'y a pas d'apparence d'œdème, ni d'hydropisie quelconque.

Quelque peu surpris en présence d'un accident aussi grave je me recueillis un instant pour établir un diagnostic, en passant rapidement en revue les diverses espèces d'amauroses qui peuvent affecter les femmes enceintes.

L'absence de toute trace d'œdème, la cécité complète et le développement instantané de la maladie, d'une part ; de l'autre, la céphalalgie, la rougeur de la face, l'état du pouls, la constitution et les antécédents de la femme me firent écarter d'em-

blée l'idée de l'amaurose albuminurique et celle de l'amaurose purement nerveuse. Je ne m'arrêtai pas non plus à l'idée d'une apoplexie de la rétine, parce que les pupilles étaient immobiles et surtout parce que la maladie affectait les deux yeux à la fois. Je crus donc avoir affaire à une amaurose aiguë par congestion ou par épanchement cérébral. Comme le traitement, dans l'un ou l'autre cas, devait être le même, au moins pour le moment, je m'empressai d'agir : j'ouvris la veine. A peine eus-je retiré 30 grammes de sang que la malade s'écria qu'elle distinguait la lumière ; à 60 grammes, elle reconnut les assistants. Je me proposais de faire une saignée assez abondante, mais j'avais à peine laissé couler 100 grammes de sang, que la malade tomba en syncope. Celle-ci rapidement dissipée, la malade se mit au lit, et je conseillai pour tout traitement la diète, boissons fraîches, repos au lit avec la précaution de tenir la tête assez élevée ; compresses d'eau froide continuellement renouvelées sur la tête. La vue était complètement rétablie, mais il y avait encore de la céphalalgie. Le lendemain matin, je revis la malade ; elle était parfaitement guérie et vaquait à ses occupations. Cinq semaines plus tard, elle accouchait heureusement de son cinquième enfant.

Observation V

(H. E. Eastlake, in *Trans. of. Obst. Soc. of. London*, 1864, vol. V, p. 79.)

Observation dans laquelle l'amaurose a été observée chez une même femme huit fois à la suite de la parturition.

Éliza T..., 34 ans, femme d'un peintre, dit qu'elle a accouché de neuf enfants à terme et que jamais elle n'a fait de fausses

couches. Elle a toujours joui d'une bonne santé. A trois de ses accouchements, elle fut assistée de médecins ; pour les six autres, elle fut délivrée par des sages-femmes. Autant que je me le puisse rappeler, elle accoucha toujours naturellement et n'a jamais perdu plus de sang qu'il n'est habituel ; à la naissance de son dernier enfant, le 28 janvier dernier, l'hémorragie fut particulièrement peu abondante, au dire de la sage-femme qui était présente.

Elle me confia qu'à sa première couche, elle s'était vite rétablie et qu'il ne lui arriva rien de particulier, sa vue étant alors excellente ; mais deux ou trois jours après la naissance de son deuxième enfant (et le même phénomène se reproduisit lors des couches suivantes) elle était devenue soudainement et totalement aveugle des deux yeux, et aussi partiellement inconsciente ; mais, quand elle revint à elle, l'état d'amaurose persistait et ne prit fin qu'au bout de trois à cinq semaines.

Je la vis, pour la première fois, le 21 janvier dernier, soit trois jours après l'accouchement. Son pouls était plutôt faible, mais elle ne présentait ni pâleur notable, ni signe d'anémie. Son intelligence était certainement nette à ce moment-là, bien, que selon moi, elle avait dû être un tant soit peu troublée, la veille.

Après quelques recherches, en vue de satisfaire ma curiosité sur ce point, je me convainquis entièrement qu'elle ne pouvait ni distinguer les objets, ni même percevoir la lumière.

Je m'assurai avec le plus grand soin, qu'elle n'avait jamais été sujette à des écoulements périodiques ou de longue durée qui se seraient subitement taris. Il n'y avait pas d'albuminurie. Elle ne se plaignait que de ne pas y voir et toutes les autres fonctions paraissaient se faire normalement. Comme c'était une malade du dispensaire général de Sainte-Marylebone, je la fis

examiner par mon collègue, M. Zachariah Laurence, dont la réputation comme chirurgien ophtalmologiste est certainement très connue des membres de cette société. Après qu'il eut bien dilaté la pupille par une instillation d'atropine, il se mit en devoir de procéder à un examen ophtalmoscopique des plus complets et des plus minutieux : mais il fut reconnu avec évidence qu'il n'offrit que des résultats négatifs, sauf qu'il montra l'existence d'un certain état de contraction des artères rétiniennes; ce dernier fait, cependant, étant subordonné à une question de degré doit être considéré comme d'une importance relative.

Je puis ajouter qu'il n'existait pas de strabisme, et qu'il n'y avait rien à noter de spécial tant au point de vue de la couleur et de la forme des yeux qu'à celui de leur grosseur et de leur consistance.

Comme la malade n'était en aucune façon une femme robuste et pléthorique et que son pouls, ainsi que je l'avais déclaré, était plutôt faible, je lui permis une diète assez large; depuis qu'elle a accouché, elle a pris quotidiennement du quinquina, des acides minéraux et du vin, avec un profit marqué pour sa santé.

Observation VI

(Dr Henry Williams, in *The Boston med. et surg. journal*, 16 oct. 1873, p. 373.)

Amaurose puerpérale.

Le 28 juin 1873, je fus consulté par une femme mariée âgée de 43 ans, qui voulait avoir des verres pour corriger ce que sa vue avait de défectueux.

Après deux fausses couches, elle avait enfin accouché à terme

quatre mois auparavant ; avant la naissance de l'enfant, elle avait souffert de maux de tête et ses urines étaient très albumineuses : elle avait été sur le point de perdre la vue. Après la délivrance elle avait peu à peu repris ses forces, mais son système nerveux toujours irritable avait été déprimé par la perte de son enfant et elle se plaignait encore actuellement d'une sensation de lassitude généralisée et d'une vue très imparfaite aussi bien pour les objets rapprochés que pour les éloignés.

Le champ visuel n'était pas limité ; mais l'ophtalmoscope révéla l'aspect d'une atrophie blanche des deux disques optiques. Il n'y avait pas apparence d'une dégénérescence albuminurique de la rétine ou d'autres altérations marquées du fond de l'œil, en dehors de cet aspect d'atrophie.

Étant donné l'état de dépression générale de l'organisme, que le champ visuel n'était pas limité et que la vue s'améliorait déjà, très féru de l'espoir que l'apparente atrophie du disque optique pouvait simplement être l'expression d'un état anémique, je me crus autorisé à porter un pronostic favorable, après que l'état du système nerveux aurait été amélioré par le repos au lit et le changement de milieu.

Observation VII

(Williams. *Loc. citato.*)

Le soir du même jour, un ami m'informa qu'une de ses malades, pour laquelle il avait auparavant sollicité mon avis, alors qu'elle était aveugle d'un œil venait justement d'accoucher. C'était une dame de 37 ans qui avait été six fois enceinte. Entre le troisième et le quatrième mois de sa grossesse, elle

commençait à présenter de l'œdème de la face et des membres inférieurs, mais elle avait déjà remarqué cela, dans des occasions antérieures. Le 5 juin, elle eut une crise de coliques hépatiques dont elle fut rapidement débarrassée et elle n'eut pas d'autres troubles gastriques et intestinaux. A partir de cette date, l'œdème disparut rapidement et elle jouit d'un appétit vorace jusqu'à son accouchement. Pas d'albumine, ou, s'il y en eut, on n'en put déceler que de très légères traces dans l'urine qu'au moment de la crise de foie.

Le 16 juin, douze jours avant son accouchement, tous les objets apparaissaient complètement noirs à son œil droit. Les deux yeux ouverts, elle apercevait quelque chose comme la vapeur qui vibre au-dessus d'un poêle chaud.

Depuis ce jour, jusqu'au 25 du mois courant, elle était nerveuse, agitée et eut quelques légères douleurs de travail, avec une petite perte d'une couleur verdâtre et mi-sanglante. Le 26, le col s'effaçait, mais la nuit avait été bonne et elle n'avait pas eu d'autres douleurs. On ne trouva pas d'albumine dans l'urine. L'après-midi du 27, il se produisit un jaillissement d'eaux brun-verdâtres et une forte douleur. Le travail prit fin vers 9 h. 30 du soir. L'enfant était de 8 mois pleins, très blanc et propre. Le cordon, à quelque distance du nombril, était vert, gangreneux et d'une consistance pâteuse. A la coupe, une goutte de matière grumeleuse s'écoula de chaque bout. Près du placenta, le cordon était plus solide, mais il ne supportait pas la traction. Le placenta était, à la coupe, granuleux et verdâtre. La mère pensait que son enfant était mort depuis deux ou trois jours, car elle avait alors cessé de le sentir remuer.

Dans l'heure qui suivit la délivrance, la malade était capable de distinguer, avec son œil droit, le contour du cadre d'un

tableau pendu vis-à-vis de son lit ; cette amélioration de sa vue progressa de jour en jour.

On ne prescrivit pas de traitement spécial, pour rétablir la vue, en dehors des recommandations expresses que nous fîmes à la malade d'éviter la fatigue ou les efforts qui peuvent amener de la congestion cérébrale.

Elle fut veillée avec le plus grand soin et l'on put ainsi éloigner d'elle les symptômes déjà menaçants de convulsions puerpérales.

Observation VIII (*résumée*).

(F. Weber, in *Berlin. Klinische Woch.*, 9 juin 1873.)

Amaurose puerpérale.

Une jeune femme chlorotique, âgée de 18 ans, fut, vers le milieu de sa grossesse, réduite de l'opulence à la pauvreté et attendit son accouchement dans la peine et parmi des privations auxquelles elle n'était nullement habituée. Vers la fin de sa gestation, elle présenta de l'œdème de la face et des membres inférieurs. Au début du travail, elle fut soudainement prise d'éclampsie, dont elle eut six attaques en vingt-quatre heures, malgré les inhalations de chloroforme et les injections sous-cutanées de morphine. Elle fut délivrée au forceps et dormit alors six heures successives d'un bon sommeil, avec respiration normale. Lorsqu'elle revint à elle, elle s'aperçut qu'elle était devenue complètement aveugle. Ses pupilles étaient largement dilatées et immobiles. Elle n'avait aucune perception lumineuse, mais elle était tourmentée par des sensations comme d'éclairs et d'étincelles qui se seraient produites à l'intérieur de ses

yeux. Elle n'émit que fort peu d'urine, qui contenait beaucoup d'albumine.

Traitement : Glace sur la tête et bromure de potassium à haute dose, traitement qui fut suivi de l'atténuation des symptômes les plus sévères et particulièrement des éclairs. Au bout de trois jours, elle percevait la lumière, et deux jours plus tard, la vision était tout à fait rétablie. Cependant, elle voyait encore des éclairs quand elle fermait les yeux et accusa pendant plusieurs semaines de la faiblesse visuelle accompagnée de céphalée temporale. L'albumine urinaire diminua dès le jour de l'accouchement et disparut au bout de six jours.

La malade eut, dans la suite, d'autres grossesses qui n'eurent pas de conséquences anormales.

Observation IX (*résumée*).

(F. Weber. *Loco citato.*)

Cette observation concerne une femme de 42 ans, de quelque embonpoint, bien qu'anémique, qui avait mis au monde et nourri treize enfants. Dans trois de ses accouchements antérieurs, elle avait présenté des adhérences placentaires qui avaient nécessité, pour la délivrance, des pratiques manuelles.

Au cours de sa dernière grossesse, elle souffrit d'un œdème considérable de la face et des extrémités, avec des maux de tête tenaces, des vertiges et des vomissements graves.

Une forte crise convulsive suivit l'expulsion du liquide amniotique ; traitée par le chloroforme en inhalations et des injections de morphine, elle fut suivie de deux autres d'intensité moindre. Il fallut encore détacher manuellement le placenta et

l'inertie de cet utérus flasque ne put être vaincue, après qu'une dangereuse prostration fut survenue, que par l'excitation de sa surface interne.

Quand la malade eut recouvré sa connaissance, elle se plaignit de céphalalgie et d'éclairs dans les yeux, et dix heures après, elle devint complètement aveugle. Cette amaurose se maintint complète pendant quatre jours. Le cinquième, la perception de la lumière se rétablit et le sixième la vision était entièrement restaurée, quoique les lueurs et les éclairs continuassent à l'inquiéter, quand elle fermait les yeux. L'urine, tout d'abord chargée d'albumine, en présenta encore une notable quantité pendant quelques semaines, malgré la disparition totale de l'amaurose. La malade eut, dans la suite, deux enfants, sans qu'elle eût à souffrir d'un retour de l'éclampsie ou de l'amaurose.

Observation X

(F. Weber. *Loco citato.*)

Une grosse femme obèse qui avait mis au monde six enfants sans encombre, se fatigua à vouloir remuer un meuble, quelques jours avant la fin de sa gestation. Il en résulta un écoulement prématuré des eaux et des douleurs d'enfantement inefficaces, avec menaces de convulsions. Les applications de glace atténuèrent la congestion cérébrale et l'enfant naquit bien conformé.

La malade se plaignit alors de forts maux de dents, d'étincelles et de flammes devant les yeux. Six heures après, elle avait de l'amblyopie et quatre heures plus tard, l'amaurose était si

complète qu'elle avait à peine la perception de la plus brillante lumière.

Deux sangsues furent placées sur chaque apophyse mastoïde et on continua les applications de glace sur la tête. Par ces moyens, l'injection de la conjonctive et l'œdème de toute la figure diminuèrent, mais la cécité persistait. Une ventouse fut alors appliquée à la nuque, du bromure de potassium donné à l'intérieur à fortes doses et la glace toujours employée. Quatorze jours après, l'amaurose avait diminué et au bout de quatre semaines, elle s'était dissipée. Aucun moment, on ne trouva d'albumine dans l'urine. Dix-huit mois après, nouvelle grossesse qui ne donna lieu à rien d'anormal.

Observation XI

(F. Weber. *Loc. cit.*)

Une femme de 30 ans vient d'accoucher pour la troisième fois. Huit heures après la délivrance, des douleurs dans le front et dans les tempes, de la lourdeur de tête, avec des tremblements des muscles de la face et surtout des paupières furent les signes prémonitoires d'une amaurose complète. Ses pupilles étaient largement dilatées et insensibles à la lumière, dont la malade avait perdu toute perception. On alla au-devant des convulsions : on appliqua de la glace sur la tête et on prépara le chloroforme. En dépit de tout cela, un court accès éclamptique survint quelques heures après la cécité et fut, une heure plus tard, suivi d'un second. Les injections de morphine modérèrent la violence d'une troisième crise et le coma doux qui s'ensuivit, fut bientôt remplacé par un sommeil tranquille et

une respiration régulière qui continua vingt-quatre heures.

A ce moment, le tremblement des muscles de la face et le changement du rythme respiratoire semblèrent l'avertissement d'une autre crise convulsive, qui toutefois fut prévenue par la chloroformisation et les injections hypodermiques. Quand elle revint enfin complètement à elle-même, la malade eut la satisfaction de trouver que l'amaurose avait disparu. Elle pouvait voir clairement les objets. Les pupilles étaient de taille et de sensibilité normales ; quelques douleurs dans le globe de l'œil et des étincelles subsistaient encore quand elle fermait les yeux. L'albumine persista durant quelques semaines.

Observation XII

(W. J. Scott (1), in *Trans. Ohio. Med. Soc.*, 1875, XXX, p. 99-105.)

Cécité puerpérale.

Mme A... me raconta que dans les derniers moments de sa dernière grossesse, elle souffrit de grands maux de tête et que pendant l'accouchement les douleurs étaient devenues intolérables. Elle ne se rétablit que lentement et ne jouit pendant une année que d'une vision imparfaite.

Quand elle vint me voir, elle accusait les symptômes suivants: un état vertigineux tel qu'elle manquait souvent de tomber, digestions pénibles, bourdonnements d'oreilles ; vision défec-

1. Observations lues par l'auteur au XXXe congrès annuel des médecins de l'État d'Ohio, qui se tint à Port-in-Bay les 15, 16 et 17 juin 1875.

tueuse, impossibilité de lire, car les lettres se rapprochaient et se confondaient. Les yeux étaient péniblement impressionnés par le soleil ou la lumière du gaz : la mémoire faisait défaut. Elle se désespérait et craignait de ne pas guérir.

On notait encore de l'atonie intestinale avec constipation. Les urines, en quantité moyenne, ne contenaient pas d'albumine. A l'ophtalmoscope, on pouvait voir une congestion chronique de la rétine. Des lueurs phosphorescentes semblaient lui passer devant les yeux. Cet état persista dans ces conditions durant six mois.

Observation XIII

(Scott. *Loco citato.*)

L'histoire de Mme L... est semblable à celle de Mme A... mais son affection a été de beaucoup plus longue durée et ses yeux ont été plus sérieusement malades.

Elle souffrit d'une choroïdite et d'une cataracte pyramidale d'un seul œil. Ces troubles qui la mirent dans un état grave commencèrent durant sa dernière grossesse, il y a cinq ans.

Observation XIV

(Scott. *Loco citato.*)

Il y a trois ans de cela, Mme P... vint me consulter pour les symptômes suivants : elle se trouvait dans le cinquième mois de sa première grossesse ; les extrémités étaient gonflées, la face œdématiée ; son appétit avait en grande partie disparu et ses digestions se faisaient difficilement ; elle se plaignait de bour-

donnements d'oreille et de troubles amblyopiques qui lui laissaient à peine la possibilité de se conduire. On notait également de la perversion du goût, de la constipation et du côté de l'œil, du ptosis de la paupière droite ; sa mémoire était notablement diminuée. Elle accusait aussi des palpitations de cœur.

J'analysai ses urines que je trouvai fortement albumineuses ; mais je n'examinai pas ses yeux, quant à l'état de leur circulation.

Je prescrivis des laxatifs, de la noix vomique, de la belladone, du sulfate de zinc et de la teinture de chlorure ferrique. Une grande amélioration s'ensuivit et la grossesse fut menée à bonne fin.

Mme P... n'a pas été enceinte depuis cette époque.

Observation XV

(E. Stevens, in *Amer. Journal of obstetrics*, 1878, XI, p. 291).

Grossesse avec amaurose albuminurique.

Je fus appelé le 16 juin 1877 auprès de Mme S..., que je devais prochainement accoucher et je reçus d'elle l'histoire suivante de ses antécédents.

Aux environs du 1er mai 1876, Mme S... vint de Cincinnati à Lebanon et se croyait alors dans le septième mois de sa première grossesse. Elle avait continuellement jusqu'à cette époque, souffert de violents maux de tête, qui le 7 mai, devinrent tellement pénibles qu'elle dut prendre conseil d'un médecin. Le 7, alors qu'elle était dans un état particulier d'inconscience (probablement une crise épileptique), elle tomba de son lit. Jusqu'à ce moment, elle ne s'était rendu compte d'aucun déficit

dans sa vue mais elle se rappelait qu'elle avait eu de la difficulté à enfiler son aiguille : à la suite de cette chute, elle devint presque complètement aveugle. Aux environs du 17 mai, le professeur Reamy, de Cincinnati fut mandé en consultation. Mme S... était dans un grand état de stupeur et l'on trouva que les urines contenaient de l'albumine en abondance. Le 25, elle accoucha d'un fœtus mort et en partie décomposé.

Le professeur Williams, de Cincinnati, fit pendant quelque temps l'examen ophtalmoscopique de ses yeux, après quoi elle resta sous la surveillance du professeur Reamy pendant plusieurs mois. Vers la fin de juillet, sa vue commença à revenir et au mois de septembre, elle était suffisamment bonne pour qu'elle pût aller de ci et de là et vaquer à ses occupations habituelles.

Pendant tout le temps que sa vue resta imparfaite, on put noter une expression de déviation des yeux et le strabisme persista longtemps. Malgré que sa vue allait en s'améliorant d'une façon continue, elle ne revint pas cependant à sa condition normale bien qu'au dire du professeur Reamy, l'urine ne contînt plus d'albumine et que l'état de santé générale soit redevenu excellent.

1er *janvier* 1877. — Elle est de nouveau enceinte, les dernières règles datant du mois de décembre précédent.

Mai. — Vers la fin ou du moins dans la deuxième partie de ce mois, la vue s'est de nouveau altérée et faiblit de plus en plus.

Elle en était là, quand je fus appelé le 16 juin. Pendant quelques jours, elle souffrit d'une interminable céphalée ; elle est nerveuse, son sommeil est irrégulier. Du bromure de potassium, en prises espacées d'heure en heure, agit bien sur le mal de tête qu'il arrive à faire cesser. On trouve l'urine excessive-

ment chargée d'albumine ; la malade suit un régime très large : viande à tous les repas, café deux à trois fois par jour. Je lui donne le conseil de restreindre sa consommation carnée, de ne prendre du café qu'une fois par jour et de se mettre au lait. On continue le bromure, et l'on prescrit de la teinture de perchlorure de fer.

21 *juin*. — Plus de céphalalgie ; elle repose mieux et va apparemment bien ; elle me dit qu'elle sent nettement l'enfant remuer ; urine suffisamment, mais il y a toujours de l'albumine en abondance ; la vue est stationnaire et lui permet de vaquer à ses affaires et d'aller de côté et d'autre ; mais pour tout le reste, il n'y a pas de changement notable.

8 *juillet*. — Je la trouve de nouveau avec le mal de tête et du vertige ; sa faiblesse de la vue s'est accrue ; le bromure de potassium est aujourd'hui impuissant contre ces symptômes.

9 *juillet*. — Elle me semble mieux ; a quelque peu reposé, mais elle souffre encore beaucoup de mal de tête et de vertiges.

Saignée de cinq onces, qui rapidement fait disparaître le mal de tête et altère les facultés sensorielles ; elle dit elle-même se sentir très bien. Cependant dans le courant de la journée, il y eut une altération plus profonde de la vue.

Au moment de la saignée, dans la matinée, elle pouvait à peine distinguer les objets qui lui étaient familiers, comme la devanture d'une maison avec le portique de sa façade, sur le côté opposé de la rue ; mais, très vite, la partie supérieure de la maison et le portique se perdirent dans les nuages et quelques heures après elle n'était plus capable de distinguer aucune partie du bâtiment ; sa vue succombait comme sous une sorte de vague sombre ou la chute d'un noir rideau.

14 *juillet*. — Elle est totalement aveugle.

15 *juillet*. — Elle est dans un état d'hébétement et de stupeur et encline à du délire partiel. A eu plusieurs crises de douleurs gastriques qui semblent être de nature névralgique, sans troubles digestifs ; la douleur cède à l'ingestion de sous-nitrate de bismuth, mais réapparaît fréquemment.

2 *août*. — Elle accouche d'un fœtus mort, ayant selon toute apparence six mois, et considérablement décomposé.

1er *novembre*. — Il n'y a plus rien qui vaille la peine d'être noté dans la suite de cette histoire.

Pendant les suites de couches, elle continua à souffrir de temps à autre de douleurs névralgiques ; ces douleurs ne se localisèrent dans aucune région. Elle eut aussi à les endurer dans la région des reins et des ventouses sèches la soulageaient beaucoup. Elle se plaignit à différentes reprises de picotements, d'engourdissements et de sensations paralytiques légères du membre supérieur droit. L'urine contenait de l'albumine, mais elle ne fut jamais aussi abondante que lors de l'accouchement.

Aujourd'hui à cette date du 1er novembre, les réactions ordinaires y décèlent encore un trouble floconneux. La vision ne s'est en aucune façon améliorée et voici trois mois qu'elle est tout à fait aveugle.

25 *janvier* 1878. — Vu M^{me} S... ; l'urine est aujourd'hui acide, sa densité est de 1015 ; il y a encore un peu d'albumine. Pas d'amélioration de la vue. Voilà six mois qu'elle a accouché.

Observation XVI

J.-M. Angear, *In the Saint-Louis Med. and surg. Journal*, 1879. T. 37, p. 379.

Dans la soirée du 20 mars 1877, un jeune homme du pays vint me demander une ordonnance pour la femme de son frère,

m'expliquant qu'elle était devenue aveugle dans la matinée et qu'elle n'allait pas mieux lorsqu'il la quitta.

Me fiant à cette vérité clinique que les troubles de la vision au moment où très près de l'accouchement sont les avant-coureurs de convulsions éclamptiques, je le priai de me dire si elle n'était pas enceinte.

Sur sa réponse affirmative, je poussai plus loin mon interrogatoire et j'appris qu'elle ne comptait pas accoucher avant quelques semaines.

Je me refusai à délivrer une ordonnance au jeune homme, lui déclarant qu'il était nécessaire que j'aille moi-même voir sa belle-sœur.

A mon arrivée, je trouvai la malade en parfaite santé, mais elle était si amblyopique qu'il lui était impossible de dire si les lampes étaient allumées ou non. Il y avait douze à quatorze heures qu'elle se trouvait en cet état.

En explorant le vagin par le toucher digital, je sentis l'utérus bas dans le petit bassin, mais il n'y avait pas de dilatation de l'orifice utérin; pas de douleurs, aucune apparence de contractions utérines.

Dans la crainte des convulsions, je me décidai à provoquer ces contrations et à hâter la délivrance, si possible. Dans ce but, j'ordonnai un bain de siège chaud, dans lequel je fis rester ma malade quinze à vingt minutes, additionnant de temps en temps d'eau chaude, l'eau du bain. Je fis alors replacer la malade sur son lit et trouvai que la dilatation correspondait à 1 dollar environ. Les douleurs s'ensuivirent et dans le temps voulu, elle mit au monde un bel enfant bien portant.

Vingt-quatre heures après qu'on m'avait appelé, elle pouvait dire quand les lampes étaient allumées, mais elle ne fut pas

capable de distinguer les objets, jusqu'à l'expiration d'une autre période de douze heures : ce qui fit au moins vingt-quatre heures de cécité, période après laquelle son enfant et elle-même se portèrent parfaitement bien.

Observation XVII

(Walliser, *in Saint-Louis med. and. surg. journal* 1879. T. 36. p. 63.)

Amaurose puerpérale transitoire.

Mme B..., de Highland, primipare, 18 ans, mit au monde un enfant le 7 octobre 1878, au matin. Elle était fort abattue et avait perdu la vue au cours des dernières douleurs du travail. On me fit appeler le matin qui suivit et voici ce que j'appris de la sage-femme. Le travail avait commencé à 7 heures du matin ; à 10 heures les eaux s'écoulèrent et la tête se présenta la première. Comme la sage-femme avait un rendez-vous dans le pays et qu'elle ne voulait pas que la malade fût abandonnée au moment de la délivrance, elle donna le conseil de l'aider, en pressant sur l'abdomen aussi fort que possible. L'enfant naquit à 11 heures. A l'instant même où l'occiput se dégagea, la femme fut prise de convulsions et les douleurs, fortes jusque là, cessèrent. L'enfant, quoique viable, mourut peu après. L'arrière-faix suivit une demi heure plus tard et ne put être expulsé qu'après plusieurs applications de la méthode de Crédé. Comme la sage-femme avait l'habitude de tirer sur le cordon, je lui conseillai l'usage de la méthode moins dangereuse qui consiste à comprimer la paroi abdominale. Il ne survint pas d'hémorragie, et les convulsions cessèrent peu après midi. A ce

moment, la malade pria la garde d'allumer la lampe, pour qu'elle pût voir son bébé. On ne réussit que difficilement à la convaincre qu'il faisait grand jour. Depuis cet instant, jusqu'à ma visite, le lendemain matin, sa crainte de perdre la vue ne fit qu'augmenter.

Quand je l'examinai, vingt heures après l'accouchement, sa tête était rouge et quelque peu douloureuse au toucher, qui indiquait pour cet endroit une température plus élevée que pour le reste du corps. L'expression du facies était celle de la souffrance. Quoiqu'elle eut pleinement sa connaissance, sa tristesse était si grande que je craignais une issue fatale. Peau sèche, langue à peine humide, ni appétit, ni soif ; pas d'évacuation alvine depuis trois jours ; température axillaire : 38° 5 ; yeux fixes ; les deux pupilles immobiles, dilatées, insensibles à la lumière. Elle était dans un état d'excitation qui ne permettait pas l'examen ophtalmoscopique ; ses seins étaient presque vides. L'inspection de la vulve me montra quelques petites déchirures superficielles et une plus profonde ; le museau de tanche est déchiré, le col ouvert donne issue à un écoulement lochial fétide. L'urine contenait un peu d'albumine.

J'ordonnai 20 grains de calomel à prendre par doses de 5 grains toutes les deux heures ; application de glace sur la tête et le cou, injections vaginales toutes les trois heures ; pansement fréquemment renouvelable sur les déchirures.

A ma visite suivante, la malade était très abattue, quoique son état se fut amélioré. Elle avait eu plusieurs selles liquides, ainsi qu'une bonne transpiration pendant la nuit, mais elle appréhendait de ne plus jamais recouvrer la vue. Pouls à 94, température : 38°. Comme j'approchais une bougie allumée de ses yeux, je crus remarquer une légère contraction des pupil-

les. La malade pouvait maintenant distinguer la lumière de l'obscurité et dire exactement si la bougie brûlait ou non. Les lochies perdaient leur odeur fétide, les déchirures se cicatrisaient.

Le jour suivant, la température et le pouls étaient normaux et la malade comptait correctement le nombre de doigts placés devant elle. Dès ce moment, elle continua à se mieux porter et deux semaines après ses couches, elle pouvait lire un journal avec la plus grande facilité.

Observation XVIII

(In *France médicale*, 1889, 1er sem., p. 625-27.)

Eclampsie puerpérale. Glycosurie. Cécité verbale. Guérison.

par M. Jocqs.

La nommée Véd... (Pauline), domestique, âgée de 20 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 9, service de M. Empis, le 25 novembre 1886.

Rien de notable dans ses antécédents. Très bien portante avant sa grossesse qui est survenue en février 1886. Dès le troisième mois, elle a commencé à vomir et depuis lors les vomissements ont été fréquents jusqu'à la fin. Depuis le début de la grossesse, elle a eu une soif intense : elle buvait au moins 2 litres d'eau par jour en dehors de ses repas. Elle prétend avoir eu un goût sucré dans la bouche. Appétit modéré. Elle urinait beaucoup dans la journée; dans la nuit elle était obligée de se lever trois à quatre fois.

Le 25 novembre. — Au terme de sa grossesse, dès qu'elle eut ressenti les premières douleurs, elle entra chez une sage-femme.

Là, elle eut une première attaque d'éclampsie ; transport immédiat à l'hôpital ; un peu remise de sa première attaque, elle en a une autre dans la soirée : chloral 8 grammes en lavement et saignée abondante. Le matin, elle accouche, encore dans le coma ; enfant mort. L'urine, examinée au point de vue de l'albumine, en contient une grande quantité.

Le 26 au soir. — Nouvelle attaque d'éclampsie, mais moins forte que les autres ; pas de traitement.

Les 27 *et* 28. — La malade pelotonnée dans son lit ne répond pas quand on l'appelle ; elle ne remue que si on la pince fortement ; d'ailleurs pas de paralysie motrice.

Le 30. — Elle est sortie de cet état demi-comateux, mais elle est encore hébétée.

L'urine contient toujours de l'albumine, mais de moins en moins.

1er *décembre.* — L'urine est examinée au point de vue du sucre, elle en contient notablement.

Le 2. — Albumine : faible quantité. Sucre : quantité 2 grammes environ par litre, évaluée d'après la couleur de la réduction de la liqueur de Fehling et la réaction de la potasse.

Le 3. — Albumine et sucre, même quantité.

Les 4, 5, 6 *et* 7. — Léger nuage d'albumine et sucre.

Le 8. — Albumine, léger nuage ; sucre, même quantité qu'au début.

Le 9. — Albumine, léger nuage ; sucre, même quantité qu'au début.

Le 10. — Jusqu'au 15, pas de sucre, mais un peu d'albumine.

Le 16. — Ni albumine, ni sucre.

Outre ces troubles urinaires, cette malade a présenté des phénomènes intellectuels très intéressants. Le 4 décembre, alors

qu'elle était complètement revenue de son hébétement des jours précédents, la malade nous demande ce qui s'est passé depuis qu'elle est entrée chez la sage-femme ; elle ne se rappelait plus rien depuis ce moment. Elle nous dit encore que les jours précédents, alors qu'elle avait recouvré sa connaissance, elle avait oublié aussi les événements de sa vie antérieure dont le souvenir commençait seulement à lui revenir maintenant ; elle ajoute qu'il lui aurait été impossible deux jours auparavant de nous dire son nom, ni d'où elle était. « Maintenant, nous dit-elle, il ne me reste qu'une chose ; c'est que je ne sais plus lire ; voilà trois jours que j'achète le journal pour suivre le feuilleton que j'avais commencé et il m'est impossible de le lire ; c'est à peine si aujourd'hui, je parviens à déchiffrer quelques mots. Il en était de même des numéros des lits de mes voisines ; je les voyais, mais je ne les comprenais pas. »

Immédiatement je lui proposais de lire quelques lignes et voilà ce que j'ai observé :

Il y a hésitation pour reconnaître une lettre isolée. De même, pour lire un mot entier ; elle est obligée d'épeler chaque syllabe comme un enfant qui commence à lire et comme si ce mot n'avait aucune signification pour elle-même ; lorsqu'un mot est trop long, elle est effrayée, et craint de ne pouvoir arriver à le lire. Elle éprouve la même difficulté pour lire les chiffres. Elle a mis vingt minutes pour lire dix lignes d'un journal. Quand elle a lu, elle a très bien compris et peut résumer.

Quant à l'écriture, elle la lit, mais plus difficilement encore que les caractères imprimés.

Nous ne savons pas si au début, alors qu'elle ne pouvait pas lire du tout, elle aurait pu écrire ; la malade croit que non. D'ailleurs, nous l'avons fait écrire devant nous et nous avons

vu qu'elle le faisait avec une certaine difficulté, en scandant les sylllabes, comme pour la lecture.

Cette écriture, comparée à une autre faite précédemment, est bien inférieure ; la malade en a d'ailleurs conscience ; il en est de même pour l'orthographe : elle l'a oubliée en partie.

Aujourd'hui 22 décembre, c'est-à-dire près d'un mois après le début, ces phénomènes existent encore, bien que très atténués ; ainsi, elle lit beaucoup mieux, mais toujours en scandant les syllabes ; elle n'a pas non plus recouvré son écriture première.

Depuis l'attaque d'éclampsie la malade se plaint fréquemment de céphalalgie et de légers étourdissements. Elle se plaint également de voir moins clair. A l'ophtalmoscope on ne trouve cependant pas de lésion sur la rétine, ni sur la papille. Un examen plus approfondi de l'acuité visuelle nous a montré par la suite que ce trouble de la vision était dû à une parésie de l'accommodation.

Quelques jours après, la malade quitte l'hôpital. Il n'y a plus d'albumine, ni de sucre dans l'urine, mais les troubles intellectuels n'ont pas encore complètement disparu.

Observation XIX

(Valude, *Ann. d'oculistique*, 15e série, I, 1802, p. 271.)

Atrophie optique durant la grossesse.

Accouchement prématuré artificiel.

Femme B.., âgée de 30 ans, journalière, habitant Troyes, vient nous consulter à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. Voici son histoire :

De bonne santé toujours, elle eut une première grossesse il y a neuf ans, sans accident d'aucune sorte. L'enfant ne vécut que quelques semaines.

Depuis cette première grossesse, cette malade qui avait joui d'une vision tout à fait normale jusque-là, présenta lors de ses époques menstruelles et à toutes les fois régulièrement, des troubles visuels, une amblyopie marquée et prédominante à l'œil gauche qui ne lui permettait pas, pendant quelques jours, de se livrer à ses travaux habituels. Aussitôt la terminaison des règles, les troubles visuels disparaissaient d'eux-mêmes, rapidement et complètement.

Les choses se continuèrent de la sorte et sans changement jusqu'au mois de juin dernier et vers cette époque, quelques semaines avant le début de la grossesse actuelle, l'œil gauche commença à se montrer obscurci sans que l'amblyopie fît mine de disparaître comme dans les circonstances précédentes. La diminution de la vision allait même en croissant, mais du côté gauche seulement.

Sur ces entrefaites, la malade devint enceinte pour la seconde fois. Dans les premiers mois de la grossesse, l'amblyopie de l'œil gauche ne fit que des progrès de plus en plus rapides, et bientôt la malade ne put plus se servir de cet œil. Deux mois après le début de la grossesse, c'est-à-dire il y a cinq mois, l'œil droit commença, à son tour, à se montrer brouillé. D'abord insignifiante, cette gêne visuelle finit par se caractériser ; bientôt la malade éprouva de la difficulté à travailler ; puis toute occupation devint impossible ; aujourd'hui elle ne se conduit que difficilement seule. C'est alors que très effrayée, elle se présenta à nous le 15 janvier dernier. Nous constatons :

Œil gauche : A l'ophtalmoscope une atrophie blanche com-

plète de la papille, sans autre lésion du fond de l'œil. Cet œil possède à peine la faculté de reconnaître le jour de la nuit et la pupille ne réagit plus à la lumière.

Œil droit : La papille est assez notablement colorée en rose, et surtout uniformément. Rien d'autre d'anormal au fond de l'œil et les vaisseaux ne présentent rien de particulier. Sa pupille réagit encore assez bien à la lumière ; V. : $\frac{1}{10}$

Dans ces conditions, et en tenant compte :

1° De ce fait que chacune des menstruations entraînait avec elle des troubles visuels passagers qui étaient vraisemblablement dus à des congestions légères des nerfs optiques ;

2° De l'aggravation particulière des symptômes durant l'état de la grossesse, aggravation tellement accusée qu'il était impossible de ne pas trouver entre la grossesse et l'atrophie optique croissante, une relation de cause à effet ;

Nous avons pensé qu'il y avait lieu de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel dans le but de rompre la chaîne des accidents optiques, car dans l'existence de cette malade toujours les symptômes oculaires semblaient avoir été sous la dépendance de troubles utérins divers.

Dans cette pensée nous avons présenté la malade et soumis le cas au professeur Tarnier, lequel a bien voulu appuyer notre avis de sa haute autorité. Et l'accouchement prématuré artificiel fut dès lors résolu.

La malade entra à la clinique d'accouchements le 16 janvier.

Le 19. — L'acuité visuelle de l'œil droit avait encore diminué, car la malade ne pouvait plus compter les doigts qu'à 4 mètres; le 20, elle les comptait d'une distance plus courte encore, à 3 m. 75 exactement, mais la différence vaut à peine d'en parler.

Ce jour-là, le champ visuel fort rétréci, présentait les limites suivantes : côté temporal : 60°, côté nasal : 45°, en haut : 30°, en bas : 40°.

L'accouchement fut effectué le 20 janvier et heureusement. Voici d'ailleurs le résumé de l'observation du côté obstétrical : femme bien conformée qui a déjà eu une grossesse et un accouchement normaux.

Le décours de la présente grossesse a été normal, sauf du côté de la vision.

L'accouchement prématuré est effectué avec simplicité par sommet; les suites en sont normales.

L'enfant qui pesait 2.800 grammes a vécu pendant huit jours.

Le 28 janvier. — Je revois la malade; elle pouvait déjà compter les doigts de l'œil droit à 9 mètres et sans éprouver la fatigue, qui, auparavant la forçait à abandonner rapidement toute fixation, même éloignée.

Le 2 février. — La malade se lève et l'examen peut être plus complètement pratiqué :

O. D., papille un peu moins congestionnée : V : $\frac{2}{3}$

O. G., papille toujours blanche; la malade prétend qu'elle ne voit pas l'ombre de la main lorsque le jour est éclatant.

Champ visuel : T. : 70°, N. : 60°, H. : 40°, B. : 70°.

Le 6 février. — O. D., V : 1 avec une certaine hésitation.

La malade est envoyée au Vésinet en convalescence. A son retour, le 16 février, nous constatons :

Œil droit : V. : 1 à peu près, mais difficilement.

Cependant, ce qui est plus net, c'est que la malade peut lire, et sans fatigue aucune à la distance de 0 m. 30, les caractères les plus fins de la petite échelle de de Wecker. Elle peut désormais travailler sans gêne.

Œil gauche : toujours dans le même état ; la malade dit qu'en certaines circonstances, elle voit passer des ombres devant cet œil.

Champ visuel normal ou à peu près : T. : 80°, N. : 65°, H. : 450°, B. : 75°.

C'est donc ici un fait de névrite optique à tendance atrophique, mais une névrite optique primitive pure et qui ne peut être assimilée aux atrophies qui se rencontrent comme phénomène ultime des rétinites albuminuriques et aussi diabétiques.

Observation XX

(Lawford Knaggs. *British. med. Journal*, 1893, II, p. 731.)

L'observation suivante d'amblyopie réflexe au cours de la grossesse montre qu'on eut raison de provoquer l'accouchement artificiel, à la suite duquel la malade recouvra la santé.

Sn..., âgée de 40 ans, se présenta parmi mes malades du dehors, le 11 avril 1892, et demanda à être examinée au sujet d'un port de lunettes. Elle n'y voyait plus de l'œil gauche et la perception de la lumière était de ce côté tout à fait abolie. A l'ophtalmoscope, on décela une atrophie gris bleuâtre du disque, avec une lamina cribrosa parfaitement marquée et un contour distinct, sauf du côté nasal, où les bords n'étaient point aussi nets. Il y avait une légère et peu profonde excavation du disque ; les artères, petites, égalaient la moitié de la grosseur des veines qui étaient de gros calibre, avec tendance à la tortuosité. Du côté droit rien de semblable au niveau du disque. La lamina cribrosa était bien marquée, les vaisseaux de grosseur et de proportions normales ; leur coloration enfin

était telle qu'on pouvait considérer le disque comme normal.

La malade avait toujours souffert plus ou moins de maux de tête et ses lèvres avaient une légère teinte bleuâtre qu'elle nous dit leur avoir toujours connue. Rien au cœur, ni aux poumons. Urines normales. Réflexes rotuliens positifs. Il n'y avait pas de liseré bleuâtre des gencives, ni en quoi que ce soit qui ait pu faire penser à l'intoxication saturnine. Sa grossesse actuelle datait d'environ quatre mois. Voici ce qu'elle nous raconta :

Huit ans et demi auparavant, au cours d'une grossesse, elle avait remarqué que la vue faiblissait de son œil gauche, mais ce ne fut qu'un mois après ses couches, qu'elle se découvrit tout à fait aveugle de ce côté, ayant attrapé quelque poussière dans l'autre œil. Elle avait depuis cette époque mis quatre enfants au monde et rien d'anormal, à sa connaissance, ne s'était produit du côté de l'œil droit, lors de ses couches ou de ses périodes menstruelles.

L'histoire de sa famille était dépourvue d'intérêt. Elle ne reparut à la consultation que le 23 mai ; elle se plaignait de l'altération rapide de sa vue ; aucun changement dans l'image ophtalmoscopique.

Le 13 juin. — Elle prétendit que son état s'était grandement aggravé depuis sa dernière visite ; sa vue avait tellement baissé qu'elle ne pouvait apercevoir les plus grosses lettres à 4 mètres : son champ visuel était considérablement réduit. Une semaine plus tard, elle n'avait conscience d'aucune aggravation nouvelle, mais son champ visuel était encore rétréci. La perception des couleurs était abolie et c'est à peine si elle arrivait à distinguer les teintes claires d'avec les teintes sombres. Le disque était assurément pâle, sans doute parce que mal éclairé, mais il était difficile de dire, s'il y avait quelque modi-

fication de son aspect. A aucun moment on ne découvrit quoi que ce soit d'anormal dans le fond de l'œil.

Sur ces entrefaites, j'avais fait part au Dr Braithwaite de mon intention de provoquer le travail, préférant courir la chance de sauver quelques bribes de vision. Mon confrère l'accueillit dans son service, en ce dessein. Elle nous raconta dans la suite que sa vue était alors à ce point obtuse qu'elle était incapable d'apercevoir ses doigts, quand elle se les plaçait au devant des yeux.

On provoqua artificiellement l'accouchement, le 29 juin; l'enfant vécut un jour et demi. Le résultat fut de la laisser dans un grand état de faiblesse et pendant une et même plusieurs semaines l'on n'eut pas à enregistrer de mieux sensible.

Le 14 juillet. — M. Wear, médecin-résident de la clinique obstétricale, établit un graphique de son champ visuel : il était presque identique, dans sa forme et dans son étendue, à celui du 20 juin. A partir de ce moment, elle marcha fermement vers la guérison. Le 8 août elle reparut au dispensaire, sa vision s'était élevée à 5/20, mais elle tombait rapidement dès qu'elle persistait à lire les lettres. Le 15 août, le champ visuel s'était considérablement élargi. La semaine suivante la vision égalait 5/15 et le champ s'était encore accru.

Le 24 octobre. — Les graphiques enregistraient une amélioration notable et la vue s'était élevée à 5/6. En décembre et en janvier, le mieux se maintint pleinement et les différents graphiques du champ visuel se ressemblaient tant au point de vue de la forme que des dimensions ; le cadran inférieur droit manquait presque entièrement. Le plus étendu fut celui du 18 janvier, le dernier pris. Le disque apparaissait faiblement grisâtre

avec un légère teinte bleuâtre sur son côté externe ; il n'y avait pas d'altération perceptible du fond de l'œil.

Le 26 avril. — La vue égalait 6/6 sans verres et la malade nous confia qu'à chaque période cataméniale, elle ne voyait pas aussi bien durant un jour ou deux, mais tout rentrait dans l'ordre assez rapidement. La perception des couleurs était complètement rétablie.

Observation XXI

(Adolf Alt, in *Amer. J. of ophtalm.*, 1894, t. XI, p. 141-42.)

Un cas de névro-rétinite albuminurique au cours de l'état puerpéral, avec une énorme quantité d'exsudat. Grossesse subséquente et accouchement à terme sans symptômes urémiques.

Le 15 décembre 1891, Mme C..., âgée de 26 ans, me fit appeler pour examiner sa vue qui était très défectueuse. J'appris, à mon arrivée, qu'elle avait accouché au forceps d'un enfant solide et bien portant, deux semaines auparavant et qu'alors elle avait été bien près de perdre la vue. Elle me dit aussi que sa vision avait été très compromise pendant deux mois et demi et qu'un mois avant la venue de l'enfant, elle avait eu de graves convulsions. Dans les dernières semaines, ses jambes avaient présenté du gonflement œdémateux. En dépit de tels accidents on avait laissé évoluer sa grossesse jusqu'à la fin et il n'y eut pas de convulsions au cours du travail, m'affirmèrent le mari et la nourrice.

Je la trouve dans un médiocre état de santé, qui nourrissait encore son bébé. Sa vision atteignait à peine 8 0/0 à gauche et 14 0/0 à droite. Les pupilles apparaissaient à moitié dilatées.

A l'examen ophtalmoscopique, le fond de l'œil tout entier me sembla d'un blanc d'argent uniforme. En y regardant de plus près, je trouvai que la périphérie de la rétine était libre de tout exsudat, mais seulement la périphérie. Tout le reste de la surface des deux rétines apparaissait comme un bloc exsudatif, avec çà et là quelques ramifications de vaisseaux sanguins et des hémorragies radiées.

Le diagnostic étant clair, sans que j'eusse même à examiner l'urine, je rendis compte à son médecin du résultat de mon intervention.

Je lui fis part, ainsi qu'au mari, de mes craintes de voir le nerf optique s'atrophier totalement, et je m'efforçai de faire entrer dans l'esprit de M. C..., la nécessité de prévenir dans la suite toute grossesse ou de ne pas la laisser aller à terme, au cas où elle se trouverait à nouveau enceinte.

Son médecin, outre qu'il lui fit suivre un traitement tonique, lui ordonna deux quarts de bouteille d'eau lithinée et d'après ce que j'appris, fit très peu de ce que j'avais recommandé au mari.

Le 15 *août* 1892, la malade m'appela auprès d'elle, pour savoir si des verres n'amélioreraient pas sa vue. A mon étonnement, je ne trouvai plus que d'infimes reliquats de la si sévère affection rétinienne de jadis. Seules, quelques taches pigmentaires, irrégulièrement dispersées dans la région de la macula, l'anémie des disques optiques et des vaisseaux rétiniens minces, témoignaient de la première atteinte. Je prescrivis la strychnine dont on n'avait pas encore usé jusqu'ici.

Le 5 *mars* 1893, la malade me manda de nouveau, sur les conseils de son médecin, pour savoir si quelque nouveau symptôme morbide pouvait être décelé dans ses yeux, car elle était

derechef enceinte et grosse d'environ 8 mois 1/2. Elle me déclara qu'elle se sentait bien, mais qu'elle avait eu tout dernièrement quelques mauvais jours. L'urine ne contenait pas d'albumine et l'image ophtalmoscopique ne montrait aucune sorte d'altération.

Environ quinze jours après, elle accoucha sans encombre et quand je la revis en septembre 1893, je n'eus à constater aucun changement.

Observation XXII

(Hobby. In *Amer. Journal of opht.*, 1894, p. 261 62.)

Rétinite albuminurique.

En décembre 1881, je reçus la visite de Mme M. S.., âgée de 39 ans et mère de six enfants. Elle me conta que deux ans auparavant, alors qu'elle se trouvait enceinte, elle remarqua que sa vue baissait progressivement jusqu'au jour où elle devint aveugle ; elle ne se rappela aucun autre détail, sauf que l'œil gauche était le plus atteint. Puis, elle guérit en grande partie de tous ces troubles après la naissance de l'enfant qui eut lieu sans incidents ; elle fut dès lors capable de vaquer comme d'habitude à ses affaires.

Il y a une semaine environ, elle se croyait alors dans le quatrième mois de sa grossesse, elle s'aperçut que sa vue s'était de nouveau altérée, des deux côtés. Je l'examinai ; elle était tout juste capable de compter les doigts avec l'œil gauche à une distance de six pouces. L'ophtalmoscope révéla les altérations de la rétinite albuminurique et les urines furent trouvées chargées d'albumine. Huit jours plus tard, la vision de l'œil droit s'était amoindrie de 6 0/0.

Malgré l'insistance que je mis à lui représenter la nécessité qu'il y avait d'interrompre la grossesse, elle refusa ; c'est ainsi qu'elle évolua, sans traitement, jusqu'à terme. Des convulsions la prirent alors et elle mourut dans une crise éclamptique, après qu'elle eut accouché, artificiellement, d'un fœtus mort.

Observation XXIII

(Dr Sourdille, in *Clin. Ophtalm.*, 10 octobre 1898, p. 217.)

Un cas nouveau d'amaurose éclamptique.

Mme Ch..., 34 ans, habitant une petite ville du Morbihan, devient enceinte pour la première fois, en septembre 1897. Les premiers mois de sa grossesse se passent sans incidents notables mais dans les premiers jours de février 1898, elle commença à éprouver des vertiges et quelques troubles visuels, caractérisés par une obnubilation passagère et une grande difficulté à distinguer les objets rapprochés. Deux ou trois jours après l'apparition de ces prodromes, elle perd brusquement et complètement la vision en même temps qu'elle est atteinte d'accès répétés d'éclampsie qui durent quatre jours et ne se terminent qu'après l'expulsion d'un fœtus mort. Pendant plusieurs jours encore après la disparition des crises, l'amblyopie persiste, absolue, complète, la malade ne pouvant même pas percevoir la lumière. Puis, peu à peu, en même temps qu'était employé le régime lacté — l'analyse des urines ayant décelé la présence d'une notable quantité d'albumine — la vision s'améliore légèrement, sans cependant remonter beaucoup.

C'est dans ces conditions que je vis la malade pour la première fois, le 12 mars dernier, un mois après l'avortement et le

début de l'amblyopie. L'acuité visuelle ne dépassait pas 1/12 des deux yeux ; la pupille droite était très légèrement dilatée; la gauche était normale ; elles réagissaient toutes les deux a la lumière. Il n'existait ni scotome central, ni rétrécissement marqué du champ visuel périphérique. L'examen ophtalmoscopique ne fit constater aucune lésion des membranes oculaires ni des papilles : pas d'hémorragies rétiniennes, pas de suffusion nuageuse de la papille. L'albumine avait disparu des urines. J'ajoute qu'en plus des phénomènes oculaires, il existait divers troubles cérébraux : hébétude, paresse de la mémoire et de l'intelligence.

Il s'agissait donc bien d'une véritable amaurose éclamptique, sans lésions oculaires appréciables, bien différente, par conséquent des troubles visuels liés à l'existence de la rétinite albuminurique.

Le traitement prescrit fut le suivant: régime lacté, iodure de sodium, électrisation localisée et injections de strychnine. L'amélioration fut très lente à se produire et ce ne fut que le 3 mai suivant (après sept semaines de traitement) que je pus donner congé à la malade. Sa vision était alors remontée à 2/3 des deux yeux; mais la lecture était encore très difficile, devenue impossible au bout de quelques minutes, malgré l'emploi d'un verre légèrement convexe. C'est seulement vers le 15 juin que la malade a pu recommencer à lire et à écrire d'une façon plus suivie.

Observation XXIV

(Guende, *in Rec. d'opht.*, 3e S. 20, 1898, p. 609-616).

Deux observations de rétinite gravidique.

Mme G.., mariée en 1892, à l'âge de 32 ans, a eu, au commencement de l'année 1894, une première grossesse dont le début a

été signalé par des nausées et des vomissements. Rien d'anormal jusqu'au huitième mois. A ce moment, est apparu, à la suite d'une émotion violente, de l'œdème de la face et des extrémités. En même temps la vue s'affaiblissait rapidement ; elle était limitée en haut et en bas, au dire de la patiente, par une sorte de nuage qui laissait à peu près intacte le vision centrale. Vingt jours après, cette dernière était atteinte à son tour, au point qu'une personne ne pouvait être reconnue à un mètre de distance, L'analyse des urines, faite dès l'apparition des accidents, révélait la présence de l'albumine.

Dans les premiers jours du neuvième mois, survient une attaque d'éclampsie, qui nécessite l'accouchement provoqué. Celui-ci est pratiqué rapidement à l'aide du forceps, après application préalable du dilatateur de Tarnier sous chloroforme. L'enfant ne vit que quelques heures.

Les jours suivants, le trouble visuel demeure stationnaire, la clarté d'une lampe est à peine perçue. Nous sommes alors appelé en consultation par le médecin traitant, M. le Dr Marnac, et nous découvrons à l'ophtalmoscope une rétinite hémorragique avec décollement de la rétine des deux yeux. Les lésions, identiques des deux côtés, consistent en hémorragies localisées principalement dans le voisinage de la papille, petites taches blanches le long des vaisseaux veineux, peu nombreuses dans la région de la macula; léger nuage papillaire. Quant au décollement, il occupe la moitié inférieure de la rétine.

A la suite de notre examen, la vue s'améliore progressivement. Trois mois après, la malade commence à lire.

Vers cette époque, débute une nouvelle grossesse, qui évolue normalement, sans accident d'aucune sorte malgré la présence de l'albumine dans les urines. Il est bon de dire qu'en prévi-

sion de complications possibles, le régime lacté a été institué. L'enfant meurt le huitième mois sa mort est attribuée à la persistance du trou de Botal.

Nous venons de revoir la malade, quatre ans après l'apparition des troubles oculaires ; les papilles présentent une teinte franchement rosée. Rien de particulier à signaler, si ce n'est, peut-être, une faible diminution du calibre des artères de l'œil gauche.

Acuité visuelle = 6 / 10 de chacun des deux yeux.

Observation XXV

La personne qui fait l'objet de cette seconde observation est âgée de 30 ans et a toujours joui, jusqu'à ces derniers temps, d'une bonne santé. Mariée depuis onze ans, elle n'a contracté depuis lors, aucune maladie infectieuse.

Elle a eu six grossesses. Le premier accouchement à été suivi quelques jours après, de la mort de l'enfant. La patiente, atteinte de manie puerpérale, a guéri rapidement par l'isolement à la campagne, dans un milieu entièrement nouveau pour elle.

Les trois grossesses suivantes ont évolué de la façon la plus normale ; l'accouchement s'est opéré facilement et les enfants, très gros à la naissance, sont actuellement tous vivants.

La cinquième grossesse a été interrompue au cinquième ou sixième mois, l'avortement suivi d'une hémorragie importante. A noter que la malade avait présenté quelques mois avant, de la morphinomanie temporaire.

Rapidement remisé, Mme X..., reste en bonne santé jusqu'en 1896. Vers la fin de cette année, elle commence à absorber, à

doses croissantes, du chlorhydrate de cocaïne, à l'aide duquel elle s'intoxique littéralement, malgré la surveillance dont on l'entoure.

Très éprouvée au commencement de 1897 par des accidents aigus de cocaïnisme, troubles psychiques intermittents, excitation, tachycardie, faiblesses, elle diminue la dose du médicament.

Nous arrivons ainsi au début de la sixième grossesse, à laquelle il est difficile d'assigner une date à cause des troubles de la menstruation dus à l'intoxication cocaïnique. Celle-ci continue encore, en dépit d'une surveillance des plus étroites. L'appétit se perd, les forces diminuent considérablement, toutefois sans amaigrissement apparent. Il y a de l'anhélation, des palpitations ; le pouls, très fréquent, monte à 100 et 110 pulsations par minute. Sa mémoire est paresseuse, la volonté en partie abolie. A ces divers symptômes s'ajoute la polyurie. Sa soif est vive, la quantité de liquide absorbée par jour s'élève à 3 l. 1/2 ou 4 litres, dont 2 litres d'eau de Vichy. L'analyse des urines ne décèle pas trace de sucre, ni d'albumine par les procédés classiques.

Au milieu de juillet, suppression définitive de la cocaïne. La polyurie persiste ainsi que les symptômes précédents, l'anorexie demeure absolue jusqu'à la fin de la grossesse. L'analyse qualitative des urines, répétée régulièrement chaque semaine, jusqu'au dernier moment, donne sans cesse un résultat négatif, quant à la recherche du sucre et de l'albumine. A l'examen microscopique on rencontre quelques éléments épithéliaux de la vessie, mais aucun élément figuré attribuable au rein.

Le début des troubles visuels se place dans les derniers jours d'octobre. La malade, grande liseuse, s'aperçoit que sa vue dimi-

nue rapidement : la lecture devient bientôt impossible. Elle éprouve la sensation d'un voile de plus en plus épais.

L'accouchement a lieu dans la seconde quinzaine de novembre, sans incident, sans aucune suite morbide, malgré l'état de faiblesse générale, qui est extrême. La vision à ce moment est réduite à une perception lumineuse vague permettant de distinguer seulement le jour de la nuit.

Quant à l'enfant, il est dans un état de maigreur excessive ; il faut pratiquer la respiration artificielle, jointe à la flagellation, pour le rappeler à la vie.

Après la délivrance, la vue va en s'éclaircissant. Toutefois un trouble persistant recouvre l'objet fixé, tandis que la perception périphérique continue à s'améliorer. C'est dans ces circonstances que nous sommes appelé à nous prononcer sur l'état oculaire de Mme X...

Voici le résultat du premier examen ophtalmoscopique pratiqué le 28 décembre, plus d'un mois après l'accouchement, œdème de la papille étendu à la rétine péripapillaire, veines dilatées, sinueuses ; foyers hémorragiques, surtout nombreux dans le voisinage de la papille et sur le trajet des vaisseaux veineux ; taches blanches, situées principalement dans la région de la macula, qu'elles masquent absolument, offrant en ce point l'aspect d'exsudats épais et brillants, lésions semblables dans les deux yeux, large scotome central.

A l'examen suivant, le 19 janvier 1898, l'œdème papillaire, moins prononcé, laisse apercevoir faiblement les contours du disque optique. Les taches hémorragiques paraissent diminuer en nombre comme en étendue, mais le scotome central n'est nullement atténué. Le champ visuel périphérique est sensi-

blement normal ; les couleurs (rouge et bleu) sont facilement perçues.

16 *mars.* — L'œdème papillaire a complètement disparu, faisant place, à droite, à une pâleur marquée du nerf optique, tandis que la papille gauche conserve un aspect rosé. Diminution notable du calibre des vaisseaux centraux, de l'œil droit principalement : les artères sont décolorées, la colonne sanguine entourée d'un liseré blanchâtre. Autour du nerf optique, quelques petits foyers hémorragiques. Mais ce qui fixe surtout notre attention, c'est la présence de taches exsudatives, recouvrant le pôle postérieur des deux yeux. Toutefois le scotome central est certainement diminué ; l'œil droit distingue vaguement la main qui remue à 0 m. 40 ; quant au gauche, il compte les doigts à 1 mètre.

Les examens suivants paraissaient encore plus favorables à la malade, lorsque, ces derniers temps, à la suite d'un vif chagrin, l'acuité visuelle a subi une chute marquée. A l'ophtalmoscope, les nerfs optiques sont plus pâles. A droite, certaines branches de l'artère centrale prennent l'aspect caractéristique de rubans blanchâtres, à une faible distance des bords papillaires. Quant aux lésions maculaires, elles paraissent de chaque côté modifiées dans leur aspect, moins réfringentes.

Le scotome central demeure très net.

CONCLUSIONS

1° On a noté au cours de la gestation, de la parturition et pendant les suites de couches, la survenance de troubles visuels, amblyopie et amaurose, qui aboutissent souvent à la cécité complète.

2° Ces altérations de la vue, chez les femmes enceintes reconnaissent diverses origines :

α. — Elles sont sous les dépendances de l'hypertension artérielle, aggravée ou non de manifestations d'ordre congestif.

β. — Elles s'installent quelquefois à la suite de pertes sanguines abondantes.

γ. — La majorité des troubles visuels est liée à la présence de l'albuminurie. Deux cas sont à distinguer :

A. — L'albuminurie relève d'une affection rénale antérieure réveillée ou accrue par la grossesse.

B. — Elle est directement provoquée par l'état de gravidité. Dans ce dernier cas, l'amaurose est, au même titre que l'albuminurie, une manifestation de l'hépato-toxémie gravidique.

δ. — Les amauroses dites éclamptique, urémique, procèdent elles aussi de cette même toxémie.

3° Les amauroses liées à une néphrite ou au mal de de Bright ont un début insidieux ; elles apparaissent dans le cours de la grossesse et leur lente évolution se termine assez souvent par un rétablissement incomplet de l'acuité visuelle.

Les amauroses liées à l'hépato-toxémie gravidique affectent un début brutal vers la fin de la gestation et se terminent généralement avec elle. Leur pronostic comporte des chances de curabilité beaucoup plus grandes.

4° Le traitement doit s'inspirer des considérations pathogéniques que suscite l'étude de ces sortes d'amauroses :

On instituera le régime lacté, qui réduit à son minimum l'apport de toxines et ménage la fonction neutralisatrice du foie, cependant que des purgatifs balaieront l'intestin et solliciteront l'activité hépatique.

Si, après un traitement médical ainsi conçu, les phénomènes amaurotiques persistent ou s'aggravent alors même que l'albumine diminuerait, et s'il y a coexistence d'une néphrite que la grossesse doit aggraver, la meil-

leure conduite à tenir est de provoquer l'accouchement, pratique qui comporte des indications spéciales et bien précises.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Aberle. — Amaurosis transitoria bei einer gebärenden, in *Oesterr. Ztschr f. prakt heilk.*, 1856, II, 500.

Alt. — Albuminuric neuroretinitis. In *The American Journal of Ophtalmology*, avril 1894, t. XI, page 141-42.

Angear. — 48 h. of blindness at the parturient period, in *Saint-Louis medic. and surg. Journal* 1879.37. p. 379.

Axenfeld. — Augener Krankungen während der schwangershaft, des wochenbettes und der Stillingszeit. In *Monats. für geburts. und gynæk* 1895, t. II, 6e fasc. p. 516-22.

Berger. — Les maladies des yeux dans leur rapport avec la pathologie générale, Paris, Masson 1892.

Bomal. — Observat. d'amaurose aiguë pendant la grrosesse. In *Journal de Méd. de chir. et de Pharm.* de Bruxelles, 1862, XXXIV, p. 543-46.

Bouffe de saint-blaise. — Les auto-intoxications gravidiques. In *Gaz des Hôp.*, 1898, p. 1113-1117.

— Art. *Grossesse*. in Prat, Médic. chirurg. Paris 1906.

Bousseau. — Des rétinites secondaires et symptomatiques, *Th. Paris* 1868.

Cohn. — Uterus und Auge. Eine Darstellung der funktionen und krankheiten des weiblichen geslechts apparates, in ihrem pathogenen einfluss auf das sehorgan. Wiesbaden, 1890, 241, p. in-8.

Coudray. — Des indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques. *Th. Paris*, 1899.

Cunier. — Observ. d'amaurose survenue pendant la parturition.

— In *Bull. de l'Acad. Roy. de Méd. Belgique*. Bruxelles, 1847-48, VII, p. 408-419.

Culbertson. — Albuminuric neuro-retinitis in pregnancy and its traitment.

In *The Amer. Journal of. Ophtalm.*, 1894, XI, p. 133.

— Peut-on prévenir la rétinite albuminurique au cours de la grossesse ?

— In *The Amer. J. of. Opht.*, 1894, XI, p. 197.

David. — Contribut. à l'étude des accouchements prématurés artificiels. *Th. Paris*, 1896.

De Lapersonne. — Société française d'ophtalmologie, mai 1888.

De Wecker et Jæger. — Traité des maladies des yeux, 1868, II[e] volume.

De Witt. — A case of puerperal eclampsia preceded by twenty-four hours of total blindness.

— In *Cincinnati Lancet and Clinic*, 1889, n.s., XXII, p. 374.

Dufour et Gonin. — Art. *Rétinite albuminurique* in Encycl. Ophtalmol. de Lagrange et Valude. Paris, 1906, t. VI.

Eastlake. — Case in which amaurosis was observed eight times in succession after parturition.

— In *Transact. of. Obstet. Soc. of London* 1863, V, p. 79-83.

Follin. — Article *Amaurose*, in Dict. Encycl. des Sc. Médic., 1[re] série, 3, p. 517.

Guende. — Deux observations de rétinite gravidique, in *Recueil d'ophtalmologie*, Paris, 1898, p. 609-16.

Heymann. — Ueber Amaurose bei brightischer Krank, in *Arch. f. Opth.*, II, 2, p. 137, 1856.

Hildige. — On amaurosis in pregnancy, in *Dublin Hospital Gazette*, 1860, nouv. série, VII, p. 99.

Hobby. — Albuminuric neuroretinitis, in *Amer J. of. Ophtalm.*, 1894, XI, p.

Howe. — Abortion for the albuminuric retinitis in pregnancy, in *The Amer J. of. Opht.*, 1885, II, p. 111-117.

Jocqs. — Eclampsie puerpérale. Glycosurie, Cécité verbale, in *France Médicale*, 1887, p. 624-27.

Knaggs. — Reflex amblyopia during pregnancy, in *British Med. Journal*, 1893, II, p, 731.

Landouzy. — Mémoire à l'Académie de Médecine, in *Archives gén. de Méd.*, 1894, 21, p. 370.

Lehmann. — Hemianopsie bei puerperaler amaurose, in *Berliner Klinische Woch*, 1896, XXXIII, p. 1134.

Loring. — Premature delivery for prevention of blindness, in *Trans. of Amer opht. Soc.*, III, p. 423-36.

Monthus. — Contribut. à l'étude des rétinites albuminuriques, *Th, Paris*, 1901-02.

Novelli. — Amaurosi transitoria da albuminaria in gravidanza, in *Rassegna d'Ostet. et ginec.*, Napoli, 1896, V. p. 461.

Panas. — Traité des Maladies des yeux, vol I, 1894.

Péchin. — Art. *Amaurose*, in Pratique Médico-chirurgicale, Paris, 1906.

Pinard. — Art. *Grossesse*, in Dict. Encycl. des Sc. Méd., 4e S. 11, p. 101.

Pooley. — The induction of premature labor in amaurosis and amblyopia in connection with the albuminuria of pregnancy, in *Medical Record*, 1888, XXIII, p. 93-96.

Ribemont-Dessaigne. — Précis d'Obstétrique, 1897, p. 704.

Ringland. — Amaurosis during parturition, in *Dublin Méd. Press.*, 1848, XIX, p. 84.

Robson. — The use of nitroglycerine in acute and chronic Bright's disease and in the vascular tension of the aged, in *British Med. Journal*, 1880, II, p. 803.

Scott. — Puerperal blindness, with cases, in *Trans. Ohio. Med. Soc.* 1875, XXX, p. 99-105.

Silex. — In *Berliner Klinischer Wochenschrift* 1895, n° 18, p. 385.

Sourdille. — Considérations sur l'amaurose éclamptique à propos d'un cas nouveau, in *La clinique ophtalmologique* 1898, p. 217.

Stevens. — Pregnancy with albuminuric amaurosis, in *The Amer. J. of. Obstetrics*, 1878, XI, p. 291-302.

Türck. — Présentat. d'une préparat. de rétinite à la Société des médecins de Vienne, d'après Heymann, in *Arch. f. opht.*, II, 2e partie, 1850, p. 145.

Valude. — Un cas d'atrophie optique primitive au cours de la grossesse, in *Annales d'Oculistique*, avril 1892.

Varnier. — In *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'Enfance*, Paris, 1888, Octobre, p. 290.

Walliser. — Amaurosis puerperalis transitoria, in *Saint-Louis Medical and Surgical Journal*, 1879, XXXVI, p. 63.

Weber. — Ueber Amaurose im Wochenbette, in *Berliner Klinische Woch*, 1873, X, 265-79.

— Beitrag zur Casuistik. der Schwangershafts Wochenbetter Amaurose, in *Saint-Pétersbourg Med. Woch.*, 1872, II, 261-63.

Williams. — Puerperal amaurosis; its importance as a symptom, in *Boston med. and Surg. Journal*, 1873, XXXIX 373-76.

Wright. — Toxemia of pregnancy, in *The American Journal of Obstetrics*, 1897, 36, p. 456-64.

Imp. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE